

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Andrea Slabá

**Využití dynamické a statické diagnostiky
u dětí s poruchou attachmentu**

**Possible Use of Dynamic and Static
Assessment in Children with Attachment
Disorder**

Poděkování

Velké poděkování patří vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Lence Morávkové Krejčové, PhD. za odborné vedení, konzultace a cenné rady při zpracování jak teoretické, tak empirické části. Dále děkuji ústavním zařízením, ve kterých mi bylo povoleno sbírat data pro výzkumnou část, konkrétně Mgr. Vilému Finkovi, DiS. z dětského domova ve Zvíkovském Podhradí a PhDr. Martinu Karasovi, PhD. z dětského centra Jihočeského kraje ve Strakonici. Děkuji všem vychovatelům a sestrám za zprostředkování sběru dat a všem zúčastněným dětem. V neposlední řadě děkuji za konzultaci při zpracování statistických dat Mgr. Janu Hynkovi.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20.7.2020

.....
Bc. Andrea Slabá

Abstrakt

Diplomová práce si klade za cíl porovnat výsledky získané statickou a dynamickou diagnostikou u dětí s poruchou attachmentu v předškolním věku v oblasti kognitivních funkcí. V rámci dynamické diagnostiky je využívána metoda ACFS-cz, konkrétně čtyři subtesty: Třídění, Krátkodobá auditivní paměť, Krátkodobá vizuální paměť, Doplnování sekvenčních vzorců. Využívaná metoda statické diagnostiky je Woodcock-Johnson IV COG, konkrétně čtyři subtesty: Vizualizace, Verbální pozornost, Rozpoznávání obrázků, Analýza-Syntéza. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 16 dětí předškolního věku (3 až 6, resp. 8 let) umístěných v ústavní péči. Závěry výzkumu ukázaly, že mezi výsledky pretestu ACFS-cz a výsledky Woodcock-Johnson IV COG neexistují rozdíly. Zatímco porovnání výsledků posttestu ACFS-cz s Woodcock-Johnson IV COG prokázalo signifikantní rozdíly ve třech zkoumaných oblastech (Kategorizace, Krátkodobá auditivní paměť, Krátkodobá vizuální paměť). Z dynamické diagnostiky vyplynuly vhodné intervence pro kognitivní rozvoj dětí v ústavní výchově.

Klíčová slova

ACFS, Woodcock-Johnson IV COG, kognitivní funkce, porucha attachmentu, předškolní období

Abstract

This diploma thesis aims to compare the results in the field of cognitive functions obtained by static and dynamic assessment of children with attachment disorder at preschool age. The ACFS-cz assessment battery was used for the dynamic assessment, specifically four subtests: Categorisation, Short-term auditory memory (Story Retelling), Short-term visual memory, Sequential Pattern Completion. The method of static assessment was Woodcock-Johnson IV COG, specifically four subtests: Visualization, Verbal Attention, Picture Recognition, Analysis-Synthesis. The research sample consisted of 16 preschool children (3 to 6 respectively 8 years) placed in institutional care. The results showed that there were no differences between the of the ACFS-cz pretest scores and the Woodcock-Johnson IV COG scores. While the comparison of the results of the ACFS-cz posttest with Woodcock-Johnson IV COG showed significant differences in the three examined areas (Categorisation, Short-term auditory memory, Short-term visual memory). The outcomes of the dynamic assessment lead to suitable interventions for the cognitive development of children in institutional care.

Keywords

ACFS, Woodcock-Johnson IV COG, cognitive functions, attachment disorder, preschool age.

Obsah

Abstrakt.....	4
Abstract.....	5
Seznam zkratk.....	9
Úvod.....	10
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	12
1. Attachment v kontextu vývoje dítěte.....	13
1.1. Definice a vymezení pojmu	13
1.2. Vývoj attachmentu	14
1.2.1. Fáze utváření attachmentu	14
1.2.2. Vnitřní pracovní modely	16
1.2.3. Attachment v předškolním věku	19
1.3. Poruchy attachmentu	23
1.3.1. Etiologie a vznik poruchy attachmentu	24
1.3.2. Typy poruch attachmentu a jejich diagnostika	27
1.3.3. Symptomy, projevy a následky poruchy attachmentu	32
1.3.4. Projevy poruch attachmentu u dětí v předškolním věku.....	36
2. Kognitivní vývoj v předškolním věku	37
2.1. Teorie kognitivního vývoje	37
2.1.1. Teorie Jeana Piageta	37
2.1.2. Teorie Lva Vygotského	39
2.1.3. Neurokognitivní teorie	39
2.2. Vývoj jednotlivých kognitivních funkcí	40
2.3. Specifika kognitivního vývoje u dětí s poruchou attachmentu	44
3. Dynamická diagnostika	46
3.1. Nové přístupy k diagnostice	46
3.2. Definice a vymezení pojmu	47
3.3. Teoretická východiska	47
3.3.1. Zóna proximálního vývoje.....	47
3.3.2. Teorie zprostředkovaného učení	48
3.3.3. Teorie strukturální kognitivní modifikovatelnosti.....	51
3.4. Cíle a charakteristiky dynamické diagnostiky	52
3.4.1. Kognitivní deficitní funkce podle Feuersteina.....	52
3.4.2. Charakteristický postup vyšetření.....	55
3.5. Dynamická vs. statická diagnostika	56

3.6.	Dynamická diagnostika u poruch attachmentu	59
4.	Metoda ACFS	61
4.1.	Formát a průběh vyšetření.....	61
4.2.	Subtesty ACFS	62
4.3.	ACFS-cz	65
5.	Metoda Woodcock-Johnson IV. COG	66
5.1.	Subtesty Woodcock-Johnson IV COG.....	66
5.2.	Formát a průběh vyšetření.....	68
	EMPIRICKÁ ČÁST	70
6.	Metodologický rámec	71
6.1.	Východiska výzkumu.....	71
6.2.	Cíl výzkumu	72
6.3.	Výzkumné otázky a hypotézy	72
7.	Metodologický design	74
7.1.	Typ výzkumu	74
7.2.	Metody získávání dat	74
7.2.1.	ACFS-cz.....	74
7.2.2.	Woodcock-Johnson IV COG	75
8.	Průběh výzkumu a etické aspekty	78
8.1.	Výzkumný vzorek	78
8.2.	Sběr dat.....	79
8.3.	Metody analýzy dat	80
8.4.	Etické aspekty	80
9.	Výsledky výzkumu.....	81
9.1.	Deskriptivní statistiky popisující výzkumný soubor.....	81
9.2.	Rozložení skóre získaných metodami ACFS-cz a Woodcock-Johnson IV	82
9.3.	Výzkumná otázka 1	85
9.4.	Výzkumná otázka 2.....	89
9.5.	Shrnutí výsledků.....	93
10.	Diskuze	94
10.1.	Diskuze výsledků.....	94
10.2.	Limity výzkumu	97
10.3.	Výzkumná doporučení.....	99
10.4.	Praktické přínosy	99
	Závěr	101

Seznam použitých zdrojů a literatury:	103
Seznam obrázků	115
Seznam tabulek	116
Seznam příloh	117
Příloha 1	I
Příloha 2	II
Příloha 3	III
Příloha 4	IV
Příloha 5	V
Příloha 6	VI

Seznam zkratek

ACE:	Nepříznivé zkušenosti v dětství; (<i>Adverse Child Experience</i>)
ACFS:	Dynamická diagnostika kognitivních funkcí v dětství; (<i>Application of cognitive functions scale</i>)
ADHD:	Porucha pozornosti s hyperaktivitou; (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)
DC:	Dětské centrum
DD:	Dětský domov
DSED:	Desinhibovaná porucha sociálního zapojení; (<i>Disinhibited Social Engagement Disorder</i>)
DMM:	Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení; (<i>Dynamic Maturation Model of Attachment and Adaptation</i>)
DSM-V:	Diagnostický a statický manuál duševních poruch, 5. revize; (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition</i>)
EMS:	Rané maladaptivní schéma; (<i>Early Maladaptive Schema</i>)
ICD-11:	International Classification of Diseases 11th Revision
ICF:	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví; (<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
MKN-10:	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MLE:	Zkušenost zprostředkovaného učení; (<i>Mediated Learning Experience</i>)
PA:	Porucha attachmentu
PAS:	Poruchy autistického spektra
RAD:	Reaktivní porucha attachmentu; (<i>Reactive Attachment Disorder</i>).
SCM:	Strukturální kognitivní modifikovatelnost; (<i>Structural Cognitive Modifiability</i>)
SSP:	Test zvláštní situace zjišťující typ attachmentu; (<i>The Strange Situation Procedure</i>)
WJ IV:	Woodcock-Johnson IV COG, Testy kognitivních schopností
ZPD:	Zóna proximálního vývoje; (<i>Zone of Proximal Development</i>)

Úvod

K tématu této diplomové práce mě vedl zájem o stále se vyvíjející psychologickou diagnostiku. Zaujala mne východiska dynamické diagnostiky a její využití u dětí (Lidz, 2014). Pracuji s dětmi s nařízenou ústavní výchovou a dětmi umístěnými v pěstounské péči, a tak si pokládám otázku, jak lze tyto děti rozvíjet pomocí empiricky podložených dat a zda by dynamická diagnostika mohla přinést hlubší poznatky o kognitivním vývoji těchto dětí. Jako velké pozitivum zmíněného diagnostického přístupu vidím návrh vhodných intervencí pro rozvoj deficitních funkcí (Feuerstein, 2014) a možnost podpory. Právě následná péče a rozvoj těchto dětí mi u klasické diagnostiky chybí. Kladu si otázku, zda by takovéto výstupy mohly být užitečnější než pouhé zařazení do diagnostické kategorie bez návazné psychologické péče. Sleduji zájem pečujících osob o děti v ústavní i náhradní rodinné péči a jejich motivaci děti rozvíjet. Avšak pečovatelé nemají přesné informace, jak s konkrétními dětmi pracovat a na jaké funkce nebo procesy se zaměřit, aby byl rozvoj účinný.

Tato diplomová práce se zabývá kognitivním vývojem u předškolních dětí, které jsou umístěné v ústavním zařízení a byl u nich popsán narušený attachment k primární pečující osobě. V teoretické části je zpracováno téma attachmentu, především poruchy attachmentu v předškolním věku a jejich dopady na život jedince, dále kognitivní vývoj předškolního dítěte a dynamická diagnostika. Empirická část práce navazuje na teoretická východiska. Zajímají nás především efektivní možnosti diagnostiky dětí v předškolním věku umístěných v ústavní výchově s předpokladem narušeného attachmentu. V oblasti poruch attachmentu není mnoho výzkumných doložení o účincích dynamické diagnostiky, a z tohoto důvodu bychom chtěli zmíněnou oblast alespoň částečně prozkoumat. Klademe si za cíl porovnat využitelnost výstupů komplexních výsledků u statické a dynamické metody. Následně chceme zmapovat, ze kterého přístupu vyplývají vhodnější strategie pro rozvoj dítěte. Z těchto důvodů si myslím, že výzkumný záměr diplomové práce by mohl být prakticky využitelný, alespoň pro děti, které se zúčastní empirické části práce.

V průběhu plánovaného sběru dat byl na území celé ČR vyhlášen nouzový stav v souvislosti s COVID-19 a v platnost vstoupil zákaz volného pohybu. Z tohoto důvodu nebylo možné pokračovat ve sběru dat a konečný výzkumný vzorek čítá menší počet probandů, než bylo plánováno. I přes tyto komplikace se podařilo výzkum zrealizovat a uzavřít z důvodu zaměření se na úzkou specifickou klinickou populaci. Jak již bylo uvedeno výše, výzkum má praktická využití pro zúčastněné probandy a závěry následně navrhuji možnosti zkoumání této problematiky do budoucnosti.

V textu jsou užity citace dle Citačního manuálu APA, 6. edice (2010).

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Attachment v kontextu vývoje dítěte

V této kapitole uvedeme definici a popis pojmu, nastíníme základní představitele teorie attachmentu, jejich klíčová zjištění a příspěvky k tomuto jevu. Úvod do problematiky attachmentu bude velmi stručný, neboť jde o informace do značné míry všeobecně známé v odborných kruzích. Více se budeme věnovat vývoji attachmentu a jeho významu pro předškolní období z důvodu zaměření empirické části práce. Následně popíšeme poruchy attachmentu a jejich dopady na vývoj jedince v několika vývojových oblastech.

1.1. Definice a vymezení pojmu

Attachment se v české literatuře označuje mnoha termíny a překlady. Podle Vrtbovské (2010) se používají slova: *přilnutí, přimknutí, připoutání* k pečující osobě nebo slovní spojení *citová / vztahová vazba*. V této práci budou uvedené termíny používány ve shodném významu a jako synonymum anglického slova attachment. Bowlby (1969; 1982) jej popisuje jako behaviorální, psychobiologicky naprogramovaný systém, který jedince motivuje k vyhledávání blízkosti u útěchy u pečujících osob ve stresových situacích. Bowlby (2010) uvádí, že člověk je geneticky přizpůsobený k utváření blízkých vztahů a má přirozenou potřebu vyhledávat pečující osobu. V rámci formulování teorie attachmentu vycházel také z poznatků etologie, především z výzkumů Harlowa (1958) a Lorenze (1937), kteří popisovali vazebné chování u zvířat (Bowlby, 2010; Harlow & Zimmerman, 1959).

Za zakladatele teorie se považuje zmíněný Bowlby, který úzce spolupracoval s Ainsworth. Z poznatků těchto dvou výzkumníků vycházíme dodnes, ačkoli se teorie attachmentu stále rozpracovává o nové informace (Bowlby, 2010). Mezi novodobé autory patří např. Siegel (2012, p. 91), který attachment definuje jako: *“vrozený mozkový systém, který organizuje motivační, emoční a paměťové procesy v organismu s ohledem na vztahování se k pečujícím osobám“*. Dále uvádí, že attachmentový systém predisponuje dítě pro vyhledávání blízkosti s pečující osobou a navazování komunikace. Na elementární úrovni umožňuje tento systém kojenci přežít ve světě, kde se o sebe nedokáže postarat sám. Na vyšší úrovni poskytuje jedinci možnost navazovat interpersonální vztahy, které pomáhají nezralému mozku využívat zralé funkce mozku pečujících osob, a tím si organizovat vlastní mozkové procesy (Siegel, 2012). Obě teorie se shodují ve vrozenosti systémů, které jedince předurčují k vyhledávání blízkosti.

1.2. Vývoj attachmentu

Vývoj attachmentu začíná již v prenatálním období, ve kterém je důležitý nitroděložní kontakt plodu s matkou (Bowlby, 2010). Komunikace mezi matkou a dítětem se odehrává především na fyziologické úrovni – přes hormonální, neurohumorální a neurochemické procesy. Avšak důležitá je i psychika, zda je dítě chtěné nebo nechtěné, jestli je matka připravená na mateřství, jakou hladinu stresu a počet zátěžových situací v těhotenství zažívá. Pro psychickou pohodu jsou důležité i další faktory (sociální, ekonomické, zdravotní). Ovlivnit vývoj plodu může i abúzus matky a jiné rizikové chování (Verney & Kelly, 1981). Po narození je dítě vybaveno behaviorálními, biologickými i jinými systémy, které jsou připraveny pro rozvoj. V těchto systémech jsou i predispozice pro rozvoj citového pouta. Ranými projevy formování attachmentu je sání mléka, chytání za prst nebo neonatální pláč (Bowlby, 2010; Hašto, 2005). V postnatálním období můžeme vývoj attachmentu rozdělit do čtyř fází.

1.2.1. Fáze utváření attachmentu

Fáze utváření attachmentu poprvé definoval Bowlby (1969) a následně Ainsworth (1970). Oba se shodují, že vývoj probíhá ve čtyřech fázích, avšak v obou definicích jsou uvedena odlišná věková období pro jednotlivé fáze. Dále se vývojem sociálních vazeb zabývali Schaffer a Emerson (1964), kteří v rámci longitudinálního výzkumu rozdělili attachment také do čtyř vývojových fází. V této kapitole budou rozděleny jednotlivé fáze a uvedeny poznatky všech zmíněných výzkumníků, průniky a rozdíly jejich teorií. Názvy fází jednotlivých autorů budou uváděny v pořadí (1) Bowlby (1969); (2) Ainsworth (1970); (3) Schaffer a Emerson (1964).

1. fáze

První fáze se nazývá dle uvedených třech autorů: **(1) Fáze orientace na signály s omezeným rozpoznáním postav; (2) Fáze před vznikem citového pouta; (3) Asociální fáze.** Tato fáze začíná obdobím po porodu a trvá do několika týdnů věku. Schaffer a Emerson (1964) uvádějí do 6. týdne, Bowlby (1969) a Ainsworth (1970) do 8. – 12. týdne. V této době se kojenec adaptuje na nové prostředí, citová vazba se začíná utvářet vzájemnými interakcemi s pečující osobou. Zpočátku je důležitý haptický kontakt (chování, hlazení, mazlení, kolébání, laskání) a s postupným rozvojem smyslových orgánů dítě rozezná pečující osobu podle hlasu a vůně. V tomto období ještě dítě nemá preference, která osoba mu má naplnit deficientní potřeby a nenastává separační úzkost při vzdálení blízké osoby.

Na konci tohoto období již dítě diferencuje, na koho se usměje (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1969; 2010; Schaffer & Emerson, 1964; Schaffer & Kipp, 2010).

2. fáze

Druhá fáze se nazývá jako **(1) Orientace na signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě (nebo několika); (2) Zárodky citového přilnutí; (3) Fáze nerozlišujícího citového přilnutí**. Ainsworth (1970) uvádí, že fázi nelze časově rozlišit, záleží na individuálním vývoji dítěte (především smyslovém a kognitivním). Začátek fáze podle této autorky definuje schopnost dítěte rozlišovat známé tváře od cizích. Bowlby (1969) i Schaffer a Emerson (1964) shodně definují tuto fázi na věkové období od 6. týdne do 6. / 7. měsíce věku dítěte. V tomto období klesá frekvence úsměvů na cizí osoby a stoupá frekvence i intenzita úsměvů na známé tváře. Děti v této fázi upřednostňují kontakt s lidmi, ale nemají preference osob. Jsou schopny komunikovat i s cizími osobami. Kolem třetího měsíce jsou lépe utišitelné primárním pečovatelem a náklonnost k blízké osobě je viditelná (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1969; 2010; Schaffer & Emerson, 1964).

3. fáze

Třetí fáze je nazývána jako **(1) Fáze udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů; (2) Vyhraněné citové přilnutí; (3) Specifická fáze citového přilnutí**. Autoři shodně uvádějí věkové období 7. – 9. měsíce, avšak u dětí, které zažívají nepřítomnost pečující osoby se fáze může prodloužit až do věku 2 – 3 roky. Toto věkové období je „kritickým“ obdobím pro formování attachmentu. V této fázi již dítě rozlišuje mezi blízkou a cizí osobou. K pečující osobě chová větší náklonnost a je od ní lépe utišitelné. Pokud matka někam odchází, dítě ji následuje a stále vyhledává její blízkost. Motorika dítěte se zlepšuje, již se dokáže plazit, lézt, a tak začíná prozkoumávat okolí. I při exploraci musí být matka stále nablízku – „v očích dítěte“, jinak dochází k separační úzkosti a dítě začne matku intenzivně hledat. Po následném znovushledání s matkou ji dítě radostně vítá. Objevuje se strach z cizích osob (období je někdy nazýváno jako „Strach z cizince“) a dítě je k nim odtahované (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1969; 2010; Schaffer & Emerson, 1964; Schaffer & Kipp, 2010).

4. fáze

Poslední fáze je nazývána jako **(1) Fáze utváření partnerství korigovaného k cíli; (2) Fáze cílesměrného vztahu a partnerství; (3) Fáze mnohonásobných citových přilnutí**. Toto období podle Schaffera a Emersona (1964) trvá do osmnácti měsíců věku dítěte. Podle Ainsworth (1970) a Bowlbyho (1969) probíhá až do čtyř let. Dítě je v tomto období schopno navazovat blízké vztahy s lidmi v okolí (otec, sourozenec, prarodič), a tím více

prozkoumávat prostředí. Vztah s matkou se stále prohlubuje, dítě zkoumá, jak matka reaguje v různých situacích a snaží se pochopit její emoce a chování (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1969; 2010; Schaffer & Emerson, 1964).

Výše popsaný vývoj dítěte takto probíhá v jednotlivých fázích, pokud je matka citlivá k potřebám dítěte a mezi ní a dítětem se formuje jisté citové pouto. Věk a vývojové fáze se mohou u jednotlivých dětí odlišovat, záleží na celkovém vývoji všech funkcí a schopností. Pokud nejsou potřeby dítěte naplňovány, nemusí dítě projít všemi fázemi. Především třetí fáze je kritická pro vývoj citového pouta. Pokud děti v tomto období zažívají deprivaci, špatné zacházení a opomíjení svých potřeb, neutváří se jisté citové pouto, které by bylo dítěti podporou při vývoji. Deprivace, anaklitická deprese, opuštění aj. může v tomto věku zapříčinit velké vývojové opoždění, výskyt fyzických i duševních onemocnění, a v nejkrajnějších případech i smrt dítěte (Ainsworth, 1970; 1978; Bowlby, 1969; 2010; Cassidy & Shaver, 2016; Schaffer & Emerson, 1964; Schaffer & Kipp, 2010; Zeanah et. al., 2016).

1.2.2. Vnitřní pracovní modely

Vnitřní pracovní modely jsou formou mentálních modelů nebo schémat, které obsahují vědomou i nevědomou složku a obsahují volní i mimovolní mentální procesy (Bowlby, 1973; Cassidy & Shaver, 2016). Tyto modely se utvářejí v průběhu zkušeností a interakcí s pečujícími osobami v raném dětství do tří let a následně jsou využívány po celý život. Opakujícími se interakcemi a situacemi se modely upevňují a utvářejí vnitřní mapu mentálních reprezentací, která jedinci umožňuje ve známých situacích předvídat následky na základě dřívějších zkušeností. Dítě si utváří tolik pracovních modelů, s kolika osobami interaguje a postupně modely generalizuje i na jiné osoby a situace, které jsou totožné. Modely jsou poměrně stabilní a rezistentní vůči změně, avšak traumatická událost může model narušit a změnit. Bowlby (1973) popisuje, že vnitřní pracovní model dítěti pomáhá pochopit, jak fungují vztahy. Utváření modelů se sestává ze třech částí:

1. **Model Self:** dítě si na základě vztahu s matkou utváří sebeobraz a sebehodnocení. Pokud je matka citlivá, dítě si utváří model, že je hodno lásky, naopak pokud je matka k dítěti odmítavá, dítě si utváří model, že je nechtěné a obtěžující.
2. **Model pečovatele:** dítě si utváří obraz své matky (pečovatele) na základě interpersonálních interakcí. Pokud je matka vnímavá a k dítěti citlivá, interní pracovní model bude obsahovat důvěru k této osobě. Při následné generalizaci

modelu, bude dítě důvěřivé i k ostatním lidem. Naopak dítě opomíjené, nebude lidem důvěřovat.

3. **Model vztahu mezi proměnnými:** dítě si utváří celkovou představu o fungování vztahů a prostředí (Bowlby, 1973; Fraley & Davis, 1997; Rholes & Simpson, 2004, Siegel, 2012).

Modely se utvářejí na základě péče mateřské osoby. Pokud dítěti naplňuje potřeby, buduje jisté citové pouto, pracovní modely jsou organizované. Naopak při špatném zacházení s dítětem se utvářejí maladaptivní vnitřní pracovní modely. Tyto modely následně ovlivní vnímání světa dítětem – jeho bezpečí / nebezpečí, aj. (Bowlby, 1973; 2010). O maladaptivních pracovních modelech budeme pojednávat v následující podkapitole.

1.2.2.1. Raná maladaptivní schémata

Young, Klosko a Weishaar (2003, p. 7) rané maladaptivní schéma (Early Maladaptive Schema – dále jen EMS) definují jako „*široký, všudypřítomný vzor skládající se ze vzpomínek, emocí a tělesných pocitů týkajících se vlastní osoby a vztahů s ostatními lidmi. Schémata jsou vyvinuta v dětství a rozpracovávána v průběhu celého života značně nefunkčním (maladaptivním) způsobem*“. Schémata jsou ovlivněna temperamentem dítěte a zkušenostmi, které v raném dětství zažívá s rodiči, sourozenci a vrstevníky. EMS si utvářejí děti traumatizované, zanedbávané, týrané, ale také děti, které jsou příliš ochraňované. Rizikové faktory pro vznik EMS jsou: (1) nejistý attachment; (2) nedostatek autonomie, kompetencí; (3) omezení svobody vyjádření emocí; (4) nedostatek a nemožnost spontaneity a volné hry; (5) limity, nedostatek sebekontroly. Ať je původ vzniku EMS jakýkoli, všechna EMS jsou destruktivní pro vývoj jedince a aktivují se za určitých podmínek, v určitých situacích v průběhu celého života. Lidé mají tendence ve schématech přetrvávat, i přesto, že jsou pro ně škodlivá. Pociťují komfort a jistotu ve známých schématech (Young et al., 2003, Young, 2014).

Young, Klosko a Weishaar (2003, p. 14) definují osmnáct EMS, která vznikají na základě neuspokojování potřeb v době od raného dětství až do dospívání. Tato schémata následně uvádíme.

A: ODPOJENÍ A ODMÍTÁNÍ. Prvních pět schémat vzniká na základě nenaplněných očekávání, že člověk ke svému zdravému vývoji potřebuje: bezpečí, stabilitu, péči, empatii, sdílení pocitů, přijetí, respekt. Typické rodinné prostředí pro vznik těchto schémat je

chladné, odmítající, zdrženlivé, pečovatel je výbušný a nepředvídatelný. Výčet schémat je následující:

- 1) Opuštění / nestabilita.
- 2) Nedůvěra / zneužití.
- 3) Emoční deprivace:
 - a. deprivace v oblasti péče (nedostatek pozornosti, tepla, výživy, společnosti);
 - b. deprivace v oblasti empatie (absence porozumění, naslouchání, sebevědomí nebo vzájemného sdílení pocitů);
 - c. deprivace v oblasti pocitu bezpečí (nedostatek vedení, síly a ochrany od ostatních).
- 4) Defektivita / hanba.
- 5) Sociální izolace / odcizení.

B: SNÍŽENÁ AUTONOMIE A VÝKON. Další čtyři schémata zahrnují očekávání od sebe v prostředí, které narušuje vnímanou schopnost oddělit se, přežít, fungovat samostatně nebo být úspěšný. Typická rodinná výchova devaluje sebevědomí dítěte, je příliš ochranná a nepodporuje výkon dítěte mimo rodinu. Jde o tato schémata:

- 6) Závislost / nekompetentnost.
- 7) Náchylnost k ublížení a onemocnění.
- 8) Závislost / nevyvinuté Self.
- 9) Selhání.

C: SNÍŽENÉ LIMITY. Schémata v této kategorii se vyznačují nedostatkem vnitřních limitů a odpovědnosti vůči ostatním. Vyskytuje se absence orientace na cíl. Tato schémata vedou k nerespektování práv druhých, nespolupráci s ostatními a neschopnosti dodržet závazky. Rodinné prostředí je permissivní a shovívavé, bez nároků na převzetí odpovědnosti za své chování. Schémata zahrnují:

- 10) Právo / grandiozita.
- 11) Nedostačující sebekontrola / sebedisciplína.

D: JINÉ VEDENÍ. Nadměrné zaměření na reakce, touhy, pocity ostatních na úkor sebe. Jedinec se takto chová za účelem získání lásky a souhlasu a obvykle potlačuje vlastní touhy

i emoce. Rodinné prostředí je založeno na podmíněném přijetí. Dítě získá lásku, až když je takové, jaké má být.

12) Podmanění:

- a. podmanění potřeb (potlačení vlastních preferencí, rozhodnutí a tužeb);
- b. podmanění emocí (potlačení vlastních emocí, zejména hněvu).

13) Sebeobětování.

14) Hledání souhlasu / hledání uznání.

E: OSTRAŽITOST A INHIBICE. V těchto schématech se vyskytuje nadměrný důraz na potlačení spontánních pocitů, impulzů a možnosti volby v prostředí rigidních pravidel a očekávání výkonu. Rodinné prostředí klade důraz na výkon, respektování pravidel, plnění povinností a využívá tresty. Jedná se o tato schémata:

15) Negativita / pesimismus.

16) Emoční inhibice.

17) Nedodržení standardů / přehnaná kritičnost.

18) Represe.

V kontextu dětství představují EMS riziko pro vývoj jedince. Rizikem je emoční frustrace, která může ovlivnit vývoj attachmentu. Existuje silné spojení mezi EMS a problémy v interpersonálních vztazích, úzkostmi, depresemi, syndromem vyhoření, poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy a poruchami attachmentu (dále jen PA) (Alfasfos, 2009; Shah & Waller, 2000). U mnoha schémat rodič nenaplní citové potřeby dítěte pro bezpečný vývoj, neumožňuje explorační prostředí a utváření zdravého „Self“ (Young et al., 2003), a tím zvyšuje riziko rozvoje PA. Z hlediska PA jsou nejproblémovější schémata: 1), 2), 3) a 4). Tyto děti prožily trauma, zanedbávání, týrání, zneužívání nebo deprivaci, a tím je ohrožen vývoj jistého pouta (Young, 2014).

1.2.3. Attachment v předškolním věku

Vstup dítěte do předškolního období jej determinuje pro větší explorační sociálního i fyzického prostředí. Ačkoli se úzkost z odloučení pečovatele snižuje a čas potřebný pro utišení dítěte ve stresové situaci se zkracuje, není attachment o nic málo důležitější než v předchozích vývojových obdobích. Pokračující rozvoj motorických dovedností, komunikačních schopností a kognitivního zpracování vede k významným změnám v chování a ve vnitřních pracovních modelech dítěte souvisejících s citovou vazbou. Dítě si

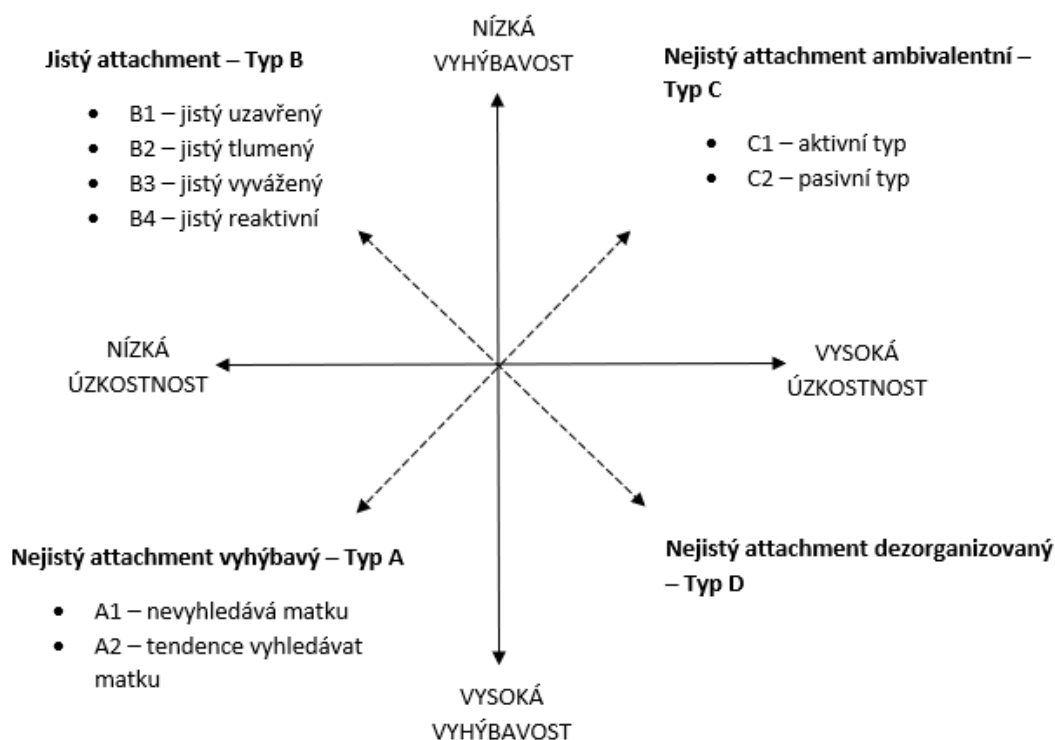
utváří vyrovnávací strategie pro situace strachu, hněvu a potřebu vyhledávat utišení, když není přítomna pečující osoba. Rozvíjí se vnitřní pracovní modely pro vlastní emoční regulaci (např. dítě si vybaví interakce s vazebnou osobou v mysli). Vytvářející se kognitivní a emoční schopnosti umožňují včasné pochopení vlastních i cizích pocitů a rodičovských motivů. Dítě je schopno lépe komunikovat – o odloučení, znovushledání a o pocitech dokáže mluvit. Zvyšuje se schopnost jednat s cizími lidmi samostatně (Luby, 2006). Toto období Bowlby (1969; 1982) označuje jako „partnerství korigované k cíli“ (4. fáze vývoje attachmentu, viz kap. 1.2.1.).

Attachment v předškolním období souvisí se všemi vývojovými oblastmi. Děti s jistou citovou vazbou v předškolním věku jsou více sociálně, emočně i kognitivně zdatné v porovnání s dětmi s nejistou vazbou (Verissimo et al., 2014). Ve výzkumu „Preschool Strange Situation Test“ se ukázalo, že ve věku 3 – 4 roky jsou děti schopné dosahovat vytyčených cílů, objektivně (ne egocentricky) porozumět svým i cizím plánům, vnímat kauzální vztahy mezi cíli, plány a chováním a kooperovat na dosažení cíle s ostatními lidmi (Marcia et al., 2005). **Hypotéza attachment – kooperace** v předškolním věku se zabývá tím, jak citové pouto ovlivňuje kooperativní dovednosti, které mohou následně usnadnit učení. Výsledky studie (West, Mathews, & Kern, 2013) ukazují, že děti s jistou vazbou dosahují lepších školních výsledků z důvodu soudržnosti (vazby) s vrstevníky ve skupině. **Hypotéza sociálních sítí** v předškolním věku se zaměřuje na to, jak vztahy s učiteli a vrstevníky přispívají k lepšímu kognitivnímu vývoji. Pozitivnější vztahy s učiteli a vrstevníky mohou podpořit prožívaný komfort v předškolním zařízení, a tím vést k větší kognitivní stimulaci (West et al., 2013). Vztahy s vrstevníky i pedagogy se utvářejí s ohledem na zkušenost s attachmentem z raného dětství.

V předškolním věku se rozvíjí schopnost porozumět vnitřnímu světu druhých (teorie mysli), která je závislá na dosavadních sociálních zkušenostech s ostatními dětmi a především na vztazích s dospělými. Teorie mysli je následně důležitá pro rozvoj empatie (Thorová, 2015). Děti s EMS se v tomto období obtížněji přizpůsobují novému prostředí a podle typu maladaptivního schématu mohou nedůvěřovat vrstevníkům i pedagogům, být limitovány požadavky nároky na vlastní osobu skrze rodiče nebo selhávat v sociální komunikaci (Young et al., 2003).

1.2.3.1. Hodnocení attachmentu v předškolním věku

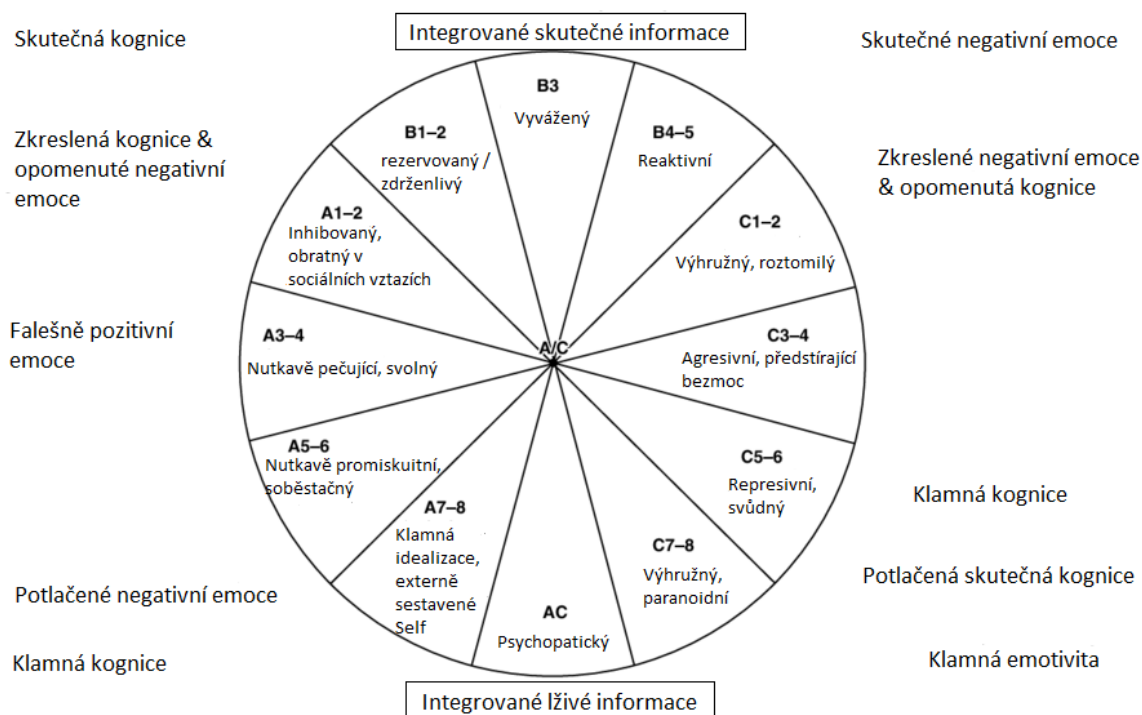
Test zvláštní situace (*The Strange Situation Procedure*, dále jen SSP) vyvinutý Mary Ainsworth (1970; 1978) pro určení typu attachmentu v batolecím věku lze využít i v předškolním věku. Ainsworth, Blehar, Waters a Wall (1978) v rámci tohoto výzkumu rozdělili tři typy attachmentu podle chování dětí k pečující osobě. Zmíněnými typy jsou: (1) **Typ B: jistý attachment (B1-4)**; (2) **Typ A: nejistý attachment vyhybavý (A1-2)**; (3) **Typ C: nejistý attachment ambivalentní (C1-2)**. Spolupracovnice Main a Solomon (1990) následně navrhly čtvrtý typ attachmentu, kterým je **Typ D: nejistý dezorganizovaný / dezorientovaný attachment**. Typy attachmentu podle zmíněných autorek jsou přehledně zaznamenány na Obrázku 1.



Obrázek 1. Typy attachmentu podle Ainsworth a kolegů (1978), Main a Solomon (1990) a Colin (1996).

Crittenden (2000) vyvinula nový systém na posuzování attachmentu u dětí v předškolním věku zvaný **Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení** (*Dynamic-Maturational model of Attachment and Adaption*; dále jen DMM), neboli model zrání / vývoje attachmentu. Tento model je vyvinut pro starší děti a dospělé, oproti SSP určeném pro děti v batolecím, případně předškolním věku. Na obrázku 2. je uveden DMM,

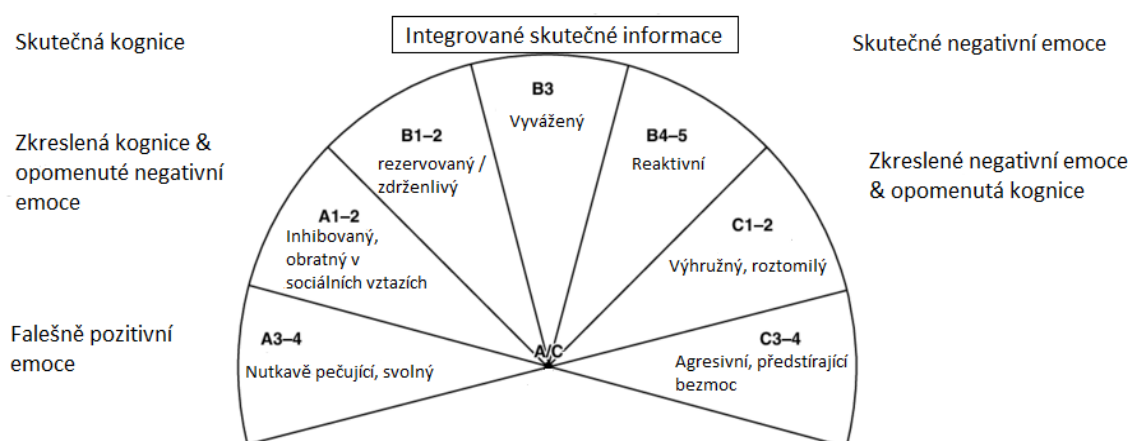
jehož autorkou je Crittenden (Crittenden & Baim, 2017), který obsahuje rozšířené strategie na základě pozorování Ainsworth a kolegů (1978).



Obrázek 2. Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení podle Crittendena a Baima (2017, p. 387).

(1) Nutkavé strategie Typu A (A3-8); (2) Donucovací strategie Typu C (C3-8); (3) kombinace A / C strategií. Tyto strategie reflektují běžně rozpoznávané formy maladaptivního chování, ale nejsou považovány za symptomy podkládající diagnózu. Je na ně nahlíženo jako na funkční řešení (pokus), jak zredukovat nebezpečí a zvýšit komfort v prožívané situaci. Odlišují se od ABC + D modelu (Ainsworth et al., 1978) tím, že i v těchto nejistých strategiích, vyjádřených poruchovým chováním, se objevují organizované a adaptivní formy chování. Pokud fungování dítěte spíše odpovídá minulému kontextu, ve kterém se chování naučilo a není koherentní se současným prožívaným chováním, jsou strategie považovány za maladaptivní a nebezpečné. Dítě funguje na základě EMS a vnitřních pracovních modelů a generalizuje maladaptivní způsoby řešení situací na aktuální situaci nezdravým způsobem (Crittenden & Baim, 2017).

Teorie se opírá o fakt, že v předškolním období dochází k vývojové reorganizaci procesů dítěte za účelem soběstačnosti a k organizaci strategického chování. V jejím systému skórování se zjišťují strategie attachmentu kombinací **posuzování kognice a emocí** dítěte. Behaviorální a interpersonální strategie jsou popsány acharakteristicky, tzn. popisuje se „co člověk dělá, jakou strategii využívá – př.: jedinec používající strategii C“ a nikoli přiřpisování charakteristik „takový člověk je – př.: osoba typu C“. Jednotlivé strategie se pozorují na interakcích s pečujícími osobami, zda je dítě k osobě přívětivé a komunikuje s ní, anebo je odtažené a v obranné pozici. Spíše než soulad mezi chováním a stylem attachmentu (jak se pozoruje v SSP u batolat), se v předškolním věku hodnotí celkové fungování dítěte, popis využívaných strategií a z nich plynoucích rizik v kontextu dyadických vztahů. Strategie, které dítě v dyadickém vztahu využívá, se hodnotí na škálách: **organizované – neorganizované** a **jisté – nejisté**. Strategie, které dítě využívá v předškolním věku jsou vyobrazeny na Obrázku 3. V tomto věku ještě nejsou rozvinuté všechny strategie, jak je tomu u modelu pro dospělé jedince (Crittenden, 2000; 2006; Luby, 2006).



Obrázek 3. Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení v předškolním věku podle Crittendena (2001 in Spieker & McKinsey Crittenden, 2010, p. 100).

1.3. Poruchy attachmentu

Attachment může být protektivním faktorem pro vývoj jedince, pokud je pečující osoba v souladu s potřebami dítěte, naplňuje je, a tím utváří jisté citové pouto. Pokud dítě nemá bezpečnou základnu, nemá důvěru ve své pečovatele, nemá žádného pečovatele, zažívá špatné zacházení se svou osobou, jako je zanedbávání, zneužívání nebo týrání, nemůže být attachment protektivním faktorem pro vývoj dítěte, ale naopak může být destruktivní a způsobovat vývojové odchylky (Cassidy & Shaver, 2016).

PA můžeme charakterizovat jako výrazně problematický nebo nestandardní vztah s primární pečující osobou (Allen, 2011), u kterého je velmi narušena možnost vytvoření jisté citové vazby. Zeanah a Gleason (2015) uvádějí, že PA nezahrnuje pouze nestandardní vztah s pečující osobou, ale také přidružené potíže v emoční, sociální, kognitivní a behaviorální oblasti.

1.3.1. Etiologie a vznik poruchy attachmentu

PA vzniká v raném dětství v případě, že pečující osoba adekvátně nenaplnuje potřeby dítěte. Neuspokojování potřeb může nabývat různého charakteru – od občasného opomenutí dítěte, přes zanedbávání, až ke zneužívání či hrubému týrání. APA (2013) uvádí, že prožívání vážného emočního a sociálního zanedbávání nebo nedostatečné péče v raném věku – do tří let je klíčovým prvkem pro rozvoj PA. Špatné zacházení s dítětem je považováno za hlavní etiologický faktor podílející se na vzniku PA, tudíž děti, které výše uvedené zanedbávání v anamnéze nemají, nemohou mít diagnostikovanou PA (Zeanah et al., 2016). Pečující osoby mohou být ovlivněny četnými faktory, které zapříčiňují rozvoj PA u dítěte (Hornor, 2019). V kapitole 1.3.1.1. uvádíme detailnější souhrn rizikových faktorů na straně pečovatele, které jsou považovány za spouštěče rozvoje poruchy attachmentu u dítěte.

Dalším etiologickým faktorem pro vznik PA je ústavní výchova, kde dítě zažívá citovou (ústavní) deprivaci. Souvislost mezi PA a institucionální výchovou je již plně prokázána (Bowlby, 2010; Lionetti, Pastore, & Barone, 2015). Ve většině ústavů není možnost, aby se jednomu dítěti věnoval jeden pečovatel, osoby se u dítěte střídají, a tím se zvyšuje riziko neschopnosti utvořit si bezpečné citové pouto. Smyke, Dumitrescu a Zeanah (2002) uvádějí vyšší nárůst PA u dětí v instituci, kde nemají stabilní počet pečovatelů, kteří se o děti starají oproti institucionalizovaným dětem s omezeným počtem pečovatelů. Pokud o dítě dlouhodobě pečuje určitý počet stejných osob, které mu věnují čas, naplňují jak fyzické, tak psychické potřeby a utvářejí pocit bezpečí, je riziko vzniku PA nižší. I přesto, že je institucionální prostředí považováno za rizikové, existuje zde určitá variabilita ve formování attachmentu. Velice záleží na věku, kdy dítě do instituce přichází; jaké má zkušenosti s rodinným prostředím a pečovateli (odebrání z primární rodiny z důvodu zanedbávání; střídání několika pěstounských rodin; přechod z jiného ústavu; zážitek bazální důvěry; úplná absence pečovatele); fyzický i psychický stav dítěte; přítomnost komorbidní psychopatologie, a další psychosociální a vývojové faktory. Dopady poruchy attachmentu jsou závažnější, pokud je dítě v ústavním prostředí již od narození a nezažilo v raném dětství pozitivní zkušenost – citovou vazbu s pečující osobou. Pokud dítě alespoň nějaký čas

strávilo v rodinném prostředí (především rané dětství – kritický věk pro vývoj attachmentu), kde si mohlo utvořit citové pouto, mohou být následky méně závažné. U dětí, které zažily bazální důvěru v raném dětství, je větší pravděpodobnost, že si dokážou znovu utvořit citové pouto k jedné pečující osobě na základě předchozí zkušenosti. Tento model lze pozorovat u dětí umístěných do trvalé pěstounské péče. Pokud dítě pocit bazální důvěry nezažilo a v kritickém věku se vztahovosti nenaučilo, bude pro něj i v budoucnu těžké si citové pouto s pečovatelem utvořit a je přítomno větší riziko pro rozvoj PA (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 2010; Langmeier & Matějček, 2011; Lionetti et al., 2015; Zeanah & Gleason, 2015).

1.3.1.1. Rizikové faktory pro rozvoj poruchy attachmentu

Faktory, které narušují schopnost pečovatele soustavně uspokojovat psychické a fyzické potřeby dítěte, jsou považovány za rizikové z hlediska rozvoje poruchy attachmentu u dítěte (Hornor, 2019, Zeanah et al., 2016).

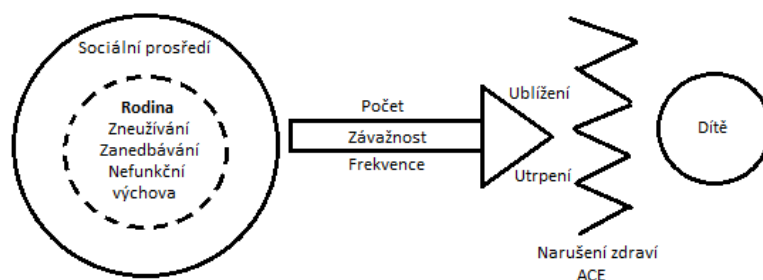
Rizikové faktory podle Zeanah a kolegů (2016) jsou následující:

- 1) Faktory, které znemožňují neustálou přítomnost pečující osoby:
 - institucionální výchova;
 - časté střídání náhradních rodin a náhradních rodičů;
 - ztráta pečovatele:
 - smrt;
 - odnětí svobody;
 - opuštění.
- 2) Faktory, které narušují schopnost pečovatele naplňovat potřeby dítěte:
 - pečovatel má utvořený nejistý typ attachmentu;
 - přítomnost psychopatologie:
 - deprese v období těhotenství;
 - poporodní deprese;
 - deprese;
 - úzkost;
 - bipolární afektivní porucha;
 - schizofrenie;

- jiné psychické poruchy;
- abúzus návykových látek;
- přítomnost násilí v partnerském vztahu;
- omezení fyzické hybnosti;
- separace / rozvod;
- přítomnost špatného zacházení s dětmi (výskyt několika typů současně):
 - zanedbávání (psychické, fyzické);
 - sexuální zneužívání;
 - fyzické násilí;
 - psychické násilí;
 - využívání lékařské péče, vyšetření a medicínských prostředků v neprospěch dítěte.

1.3.1.2. Nepříznivé dětské zkušenosti

Rizikovým faktorem pro rozvoj PA mohou být **nepříznivé dětské zkušenosti** (*Adverse Children Exercise*, dále ACE), neboli tíživé zkušenosti a zátěžové situace během vývoje v dětství. ACE jsou opakované / chronické, škodlivé pro organismus, kumulativní, způsobující stres. Jsou spojovány s narušením psychického i fyzického zdraví, emočními a vývojovými problémy v dětství, rizikovým chováním v adolescenci a přetrvávajícími zdravotními problémy v dospělosti (Kalmakis & Chandler, 2014; Pervanidou & Chrousos, 2007). Mezi ACE lze zahrnout: týrání, zanedbávání, zneužívání, abúzus návykových látek, domácí násilí, kriminalita, chudoba, rasismus, genderová nerovnost, šikana a jiné formy dysfunkčnosti rodiny a traumatických situací (Kalmakis & Chandler, 2014). Schéma vyobrazující vznik ACE je na Obrázku 4.



Obrázek 4. Model nepříznivých zkušeností v dětství podle Kalmakis a Chandler (2014, p. 1495).

U dětí zažívajících ACE je větší pravděpodobnost projevů narušeného vazebného chování, deficitů v emocionálním vývoji, přetrvávající problémy v sociální komunikaci a ve vztazích. Pozdější terapeutická práce s vnitřními modely (mentálními reprezentacemi, EMS) vztahující se k vazebnému chování s ranou pečující osobou, může usnadnit sociální interakce (Doyle & Cicchetti, 2017).

1.3.2. Typy poruch attachmentu a jejich diagnostika

Porucha attachmentu byla poprvé uvedena jako porucha v roce 1980 v DSM-III (APA, 1980). V tomto manuálu byla definována pouze **reaktivní porucha attachmentu**. V dalších revizích manuálu byla zpřesňována kritéria pro diagnostiku této poruchy a v DSM-V (APA, 2013) je již uvedena i **porucha desinhibovaných vztahů**. V MKN se poruchy attachmentu objevily v 10. revizi v roce 1992 a uvedena byla jak reaktivní porucha attachmentu, tak porucha desinhibovaných vztahů u dětí (World Health Organisation [WHO], 1992; Zeanah & Gleason, 2015).

V dnešní době se jako poruchy attachmentu označují dvě výše uvedené poruchy podle nejnovějších verzí diagnostických manuálů (DSM-V a ICD-11). V následujících podkapitolách jsou uvedena i kritéria pro diagnostiku těchto poruch ze staršího manuálu MKN-10, který se stále v ČR používá a z novější verze MKN-11 (ICD-11), která ještě není oficiálně publikována pro využití v praxi.

1.3.2.1. Reaktivní porucha attachmentu (RAD)

V ICD-11 je uvedena **Reactive Attachment Disorder** pod označením 6B44, prozatím bez českého ekvivalentu. Tato porucha je zařazena pod nemoci vznikající působením stresu při vývoji jedince. Děti zařazené do této kategorie zažily závažné týrání, zanedbávání, ústavní deprivaci či trauma, které jim znemožnilo utvořit si jistý typ vazby. Pokud se o dítě stará nový pečovatel, který mu nabízí bezpečnou základnu, dítě se na něj jen zřídka obrací pro pomoc nebo podporu. Ke každému dospělému se chová stejným způsobem. Tato porucha může být diagnostikována během prvních pěti let života, kdy se rozvíjí, avšak ne dříve než před prvním rokem věku dítěte (WHO, 2019).

V předchozí verzi MKN-10 se tato porucha vyskytuje pod názvem **Reaktivní porucha příchyllosti** (F94.1). U poruchy jsou popsány především dopady na život jedince. Jsou jimi abnormality v sociálních vztazích; přidružené emoční poruchy; reakce na změny okolního prostředí (bázlivost, nespavost, neadekvátní navazování vztahů s vrstevníky, autoagrese,

heteroagrese, nedostatečný vzrůst). Předpokladem vzniku poruchy je špatné zacházení s dítětem, nedostatečná péče a nevšímavost ze strany rodičů (ÚZIS ČR, 2018).

1.3.2.2. Porucha desinhibovaného sociálního zapojení (DSED)

Disinhibited social engagement disorder je uvedena v ICD-11 pod kódem 6B45, prozatím bez českého ekvivalentu. Tato porucha se vyznačuje vysoce abnormálním sociálním zapojením, které se projevuje přistupováním k dospělým lidem bez rozdílu, absencí zdrženlivosti – dítě kamkoliv odejde i s neznámou osobou. Jejich sociální chování lze popsat jako nemodulované a nerozlišující především v počátcích interakcí s cizí osobou. Děti s DSED nemají adekvátní sociální a fyzické hranice; interagují s cizími dospělými v těsné tělesné blízkosti, která může být vnímána jako invazivní. Mohou být také narušeny slovní hranice, které se projevují sociálně nevhodnými a vtíravými otázkami směrem od dítěte k cizí osobě. Děti s touto poruchou mají v anamnéze zneužívání, týrání, závažné zanedbávání, ústavní deprivaci v raném věku. Neexistují důkazy, že by zanedbávání po druhém roce života dítěte vedlo k vývoji této poruchy. DSED může být diagnostikována pouze u dětí do pěti let, avšak ne dříve než v jednom roce (výjimečně v 9 měsících). Do jednoho roku se teprve vazba utváří a může být proměnlivá. Dále se tato porucha nediodagnostikuje u dětí s poruchou autistického spektra (Hornor, 2019; WHO, 2019; Zeanah & Gleason, 2015). Příznaky této poruchy mohou přetrvávat až do dospělosti (APA, 2013).

V MKN-10 je porucha uvedená pod názvem **Porucha desinhibovaných vztahů u dětí** (F94.2). V popisu je také uvedena absence zdrženlivosti a nediferencované přátelské chování k dospělým lidem, dále tendence přetrvávání poruchy i po změně prostředí a pečovatele. Dítě může vyžadovat trvalou pozornost a mít problémy v navazování vztahů s vrstevníky. Mohou být přidruženy poruchy chování nebo kontroly emocí. Porucha může být také označována jako **Citově chladná psychopatie** nebo **Syndrom ústavního dítěte** (ÚZIS ČR, 2018).

1.3.2.3. Diagnostika poruch attachmentu

PA lze diagnostikovat dle manuálů DSM a ICD, ve kterých jsou uvedeny oba typy PA. V ICD-11 jsou zařazeny pod nemoci spojované s působením stresu na jedince, v DSM-V jsou klasifikovány jako poruchy způsobené prožitým traumatem a vlivem působení stresu (APA, 2013; WHO, 2019).

Poruchy attachmentu mohou být obtížně rozpoznatelné a diferenciální diagnostika vyžaduje více času. Využívají se především klinické metody, ale lze použít

i nestandardizované screeningové nástroje. Diagnostik se musí zaměřit především na **(1) pozorování**. Validitu tohoto klinického nástroje zvyšuje opakované pozorování dítěte; interakcí dítěte s pečovatelem a interakcí s neznámou osobou. Pozorované situace se mohou opírat o SSP (Ainsworth, 1970; Ainsworth et al., 1978), avšak tento test je vyvinut spíše pro laboratorní podmínky než klinické vyšetření a je pouze pro děti v úzkém věkovém rozpětí. U dětí s PA můžeme pozorovat špatné hygienické návyky, kožní léze, sebepoškozování, neklid, třes, odbíhání pozornosti, velmi přátelské nebo naopak odtažité chování (Hornor, 2019).

Další velmi přínosnou metodou je **(2) anamnéza**. Diagnostik snímá podrobnou anamnézu dítěte – od prenatálního vývoje (průběh těhotenství), přes porod, raný vývoj k vývoji v okamžiku vyšetření. Anamnéza je zaměřena především na zlomové okamžiky a změny v životě dítěte, či prožitá traumata a nestandardní situace. Pro diagnostiku obou typů PA je v anamnéze nutná přítomnost zanedbávání, zneužívání, týrání, nebo ústavní výchova (Hornor, 2019; WHO, 2019).

Informace o dítěti diagnostik také získává z **(3) rozhovoru**, který vede jak s dítětem, tak s aktuální pečující osobou. Rozhovor může probíhat současně se snímáním anamnézy, je také zaměřen na historii dítěte, prožitá traumata a indikátory pro odlišení PA od jiné poruchy (Hornor, 2019).

V tomto odstavci jsou uvedena diagnostická kritéria, která mohou napomoci při výše uvedených metodách, na jaké oblasti se vyšetřující má zaměřit.

Diagnostická kritéria pro RAD podle DSM-V (APA, 2013):

1. Konzistentní vzorec inhibovaného, emočně staženého chování směrem k pečující osobě (obě kritéria musí být naplněna):
 - dítě nevyhledává utěšení u pečující osoby při prožívání distresu;
 - dítě nereaguje na utěšování při prožívání distresu.
2. Perzistentní sociální a emoční narušení (alespoň dvě kritéria musí být naplněna):
 - minimální schopnost reagovat na sociální i emoční úrovni;
 - omezené pozitivní emoce;
 - období nevysvětlitelné podrážděnosti, smutku nebo strachu patrné i při neohrožujících interakcích s dospělými pečovateli.
3. Dítě zažilo extrémně nedostatečnou péči (alespoň jedno kritérium musí být naplněno):

- přetrvávající sociální zanedbávání, neuspokojení základních emocionálních potřeb pro zajištění pocitu bezpečí, nedostatek stimulace, pozornosti a náklonnosti od pečující osoby;
 - četné střídání pečujících osob, které limitovalo příležitosti pro vytvoření attachmentu;
 - výchova v neobvyklých podmínkách, která výrazně limitovala vytvoření attachmentu k dalším blízkým osobám.
4. Zkušenosti s nedostatečnou péčí vedly k symptomům uvedených v bodě 1. a 2.
 5. Symptomy uvedené v bodě 1. a 2. jsou pozorovatelné před 5. rokem věku dítěte.
 6. Vývojový věk dítěte je minimálně 9 měsíců.
 7. Kritéria pro diagnostiku poruchy autistického spektra nejsou naplněna.

Diagnostická kritéria pro DSED podle DSM-V (APA, 2013):

1. Dítě vykazuje vzorec chování, který zahrnuje aktivní přístup a interakci s neznámými dospělými (alespoň dvě kritéria musí být naplněna):
 - snížená nebo chybějící rozvaha v přístupu a interakci s neznámou dospělou osobou;
 - příliš „familiární“ verbální i fyzické chování;
 - zpětně nekontroluje pečující osobu, pokud se od dítěte vzdaluje, a to ani v neobvyklé, neznámé situaci.
2. Chování uvedené v bodu 1. není výsledkem impulsivity (jako u poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD), ale sociálně desinhibovaným chováním.
3. Dítě zažilo extrémně nedostatečnou péči (alespoň jedno kritérium musí být naplněno):
 - přetrvávající sociální zanedbávání, neuspokojení základních emocionálních potřeb pro zajištění pocitu bezpečí, nedostatek stimulace, pozornosti a náklonnosti od pečující osoby;
 - četné střídání pečujících osob, které limitovalo příležitosti pro vytvoření attachmentu;
 - výchova v neobvyklých podmínkách, která výrazně limitovala vytvoření attachmentu k dalším blízkým osobám.
4. Zkušenosti s nedostatečnou péčí vedly k symptomům uvedených v bodě 1. a 2.
5. Vývojový věk dítěte je minimálně 9 měsíců.

Pro diagnostiku PA se také dají využít neurovizuální metody, které odhalí odlišnou stavbu mozku nebo abnormality mozkových částí, které jsou typické pro PA. Tento typ vyšetření je časově i finančně náročný, pro dítě může být invazivní a zvedat hladinu stresových hormonů. Při běžném psychologickém vyšetření se tyto metody nevyužívají. Využívány jsou spíše pro výzkumné účely. Metody využívané k diagnostice PA se musí vždy kombinovat, diagnostický závěr nelze vyslovit pouze na základě výsledků jedné metody. U dětí s PA je běžné, že mají diagnostikované jiné psychické poruchy, které mohou být svými projevy velmi podobné k PA. O této problematice pojednává další kapitola (1.3.2.4.) (Mizuno et al., 2015).

1.3.2.4. Komorbidní psychopatologie a diferenciální diagnostika

Pritchett, Pritchett, Marshall, Davidson a Minnis (2013) uvádějí, že PA není primárně považována za neurovývojovou poruchu, jelikož je způsobena týráním, zanedbáváním aj., ale je možné, že špatné zacházení v raném dětství negativně ovlivní neurovývojové trajektorie, které následně mohou ovlivnit vznik jak PA, tak jiné psychopatologie. Allen (2011) uvádí, že PA predisponuje jedince pro vznik psychopatologie v pozdějším věku. Výše jsme zmínili komorbiditu PA s jinou psychopatií. Komorbidita se může lišit dle typu poruchy – RAD je spíše spojována s depresivními příznaky nebo poruchou autistického spektra (dále PAS) a DSED s impulzivitou a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (dále ADHD) (Zeanah & Gleason, 2015).

Ve výzkumu (Pritchett et al., 2013) čtrnácti dětí, kterým byla diagnostikována RAD, se ukázalo, že 52 % má současně s RAD i diagnózu ADHD; 29 % poruchu opozičního vzoru; 29 % poruchu chování; 19 % posttraumatickou stresovou poruchu; 14 % PAS; 14,3 % specifickou fobii a 5 % tiky. Jako další komorbiditu s RAD uvádějí Zeanah a Gleason (2015) kognitivní a jazykový deficit a stereotypní chování. ADHD i DSED mají v klinických nálezech podobnost v emoční dysregulaci, kterou je například zvýšená agresivita. Regulace emocí je úzce spojena s jistým citovým připoutáním k pečující osobě v raném dětství a v pozdějším věku se může podílet na vývoji procesů pozornosti. Z toho plyne, že děti, které nejsou jistě citově navázané na svou pečující osobu, mohou mít následně oslabenou pozornost, tudíž i děti s PA mohou mít poruchu pozornosti jako komorbidní poruchu (Mizuno et al., 2015).

Důležitá je diferenciální diagnostika, která buď potvrdí naplnění diagnostických kritérií pro dvě a více poruch a lze diagnostikovat komorbiditu, anebo od sebe poruchy odlišit a komorbiditu vyloučit. V následujících odstavcích uvedeme nejčastější poruchy, kterými se diferenciální diagnostika v rámci PA (RAD, DSED) zabývá.

Výše jsme uvedli, že u RAD se může vyskytovat stereotypní chování, které s dalšími symptomy může u diagnostiky vést k PAS, která musí být od poruchy attachmentu rozlišena. U obou poruch se může vyskytovat stereotypní houpání, mávání nebo kývání. Avšak děti s PAS mají celkově omezené zájmy, striktní návyky, které děti s RAD nemají. U dětí s PAS také můžeme oproti jedincům s RAD pozorovat adekvátní attachmentové chování, vzhledem k věku, k pečující osobě. Pro diagnostikování RAD se musí v anamnéze dítěte v raném dětství vyskytovat hrubé zanedbávání nebo jiné závažné opomíjení potřeb dítěte, zatímco u dětí s PAS se toto v anamnéze objevuje jen vzácně (Hornor, 2019).

Stejně jako se RAD musí při diagnostice odlišit od PAS, je nutné odlišit DSED od ADHD. Odlišení se týká především sociálně desinhibovaného chování od hyperaktivity, avšak tato diferenciální diagnostika může být velice složitá, protože impulzivita a desinhibice se může vyskytovat jak u DSED, tak u ADHD. Studie naznačuje, že chování může být založeno na odlišných patologických mechanismech (Kay & Green, 2013). Závažnější dopaminergní dysfunkce se vyskytuje u dětí s DSED oproti dětem s ADHD. V dalším podobně zaměřeném výzkumu se ukázalo, že neurální zpracování citlivosti na odměnu (souvisí s dopaminem) bylo vážně narušeno u jedinců s DSED a bylo navázáno na posttraumatický stres v raném dětství (Mizuno et al., 2015). V diferenciální diagnostice mohou pro odlišení výše zmíněných dvou poruch pomoci neurozobrazovací metody. Jedinci s DSED na rozdíl od jedinců s ADHD nevykazují sníženou aktivitu nucleus accumbens, která souvisí s citlivostí na odměnu (Mizuno et al., 2015; Hornor, 2019).

1.3.3. Symptomy, projevy a následky poruchy attachmentu

V této kapitole uvedeme projevy a následky PA z behaviorálního, somatického, kognitivního a neuropsychologického hlediska, které jsou typické pro více jedinců s PA. Následně se zaměříme na dopady a specifika PA u dětí v předškolním věku.

1.3.3.1. Behaviorální hledisko

Symptomy PA na behaviorální úrovni můžeme pozorovat již v raném dětství, kdy má dítě potíže přibrat na váze a nechce přijímat potravu. Z tohoto chování se dále mohou vyvinout neobvyklé jídelní návyky, jako jsou stereotypie ve výběru potravy, odmítání potravy, poruchy příjmu potravy (Stinchart, Scott, & Barfield, 2012). Jako typické projevy vyskytující se u více jedinců s PA můžeme označit agresi; lhaní; kruté chování ke zvířatům; nedostatek morálky; lživé obviňování ostatních, např. i v oblastech zneužívání; zvýšená ostražitost; krádeže; nedomýšlení následků svého jednání; rizikové chování – např. hra

s ohněm a nebezpečím, hra s krví a strupy na vlastním i cizím těle; sebepoškozování; ničení majetku a věcí; nerespektování rodičovské autority; poruchy učení a chování; poruchy příjmu potravy; přetrvávající nesmyslné dotazy. Projevy jsou vázané na vývojovou úroveň dítěte a stupeň závažnosti PA, v určitých stádiích vývoje se mohou proměňovat. Děti s PA mají sníženou fyzickou i psychickou resilienci, jsou nedůvěřivé k ostatním lidem, mají problémy v navazování vztahů a kontaktů s vrstevníky (Allen, 2011; Ogilvie, 1999).

Zeanah a jeho tým (2016) uvádějí, že stupeň nedůvěřivosti, schopnost navazovat a udržovat vztahy a vyjadřovat citovou hloubku se u jednotlivých dětí liší s ohledem na prožitou traumatickou minulost. Děti s PA mají tendence rozvíjet povrchní vztahy založené na nedůvěře a zažívat čtenější konfliktní situace. Důvěra je nezbytná pro rozvoj bezpečných a zdravých vztahů. Budování důvěry ve vztazích vychází především ze zkušenosti s prvotní (bazální) důvěrou s pečující osobou, dále závisí na prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a vzorech interpersonálních vztahů, které má v okolí (utváření vnitřních pracovních modelů, EMS). Schopnost důvěřovat může snížit pravděpodobnost problémů, jako jsou sociální izolace; šikana; deprese (Sakai, 2010). Důvěru také prohlubuje prosociální chování, péče a vstřícnost, která přichází od okolních osob směrem k dítěti (Rotenberg, MacDonald, & King, 2004). Děti s RAD mají problém důvěřovat kterékoli osobě, i té, která o ně chce pečovat s opravdovým zájmem. Oproti tomu děti s DSED důvěřují všem bez rozdílu. Bezmezná důvěřivost je vystavuje zvýšenému riziku v oblasti psychického, fyzického a sexuálního zdraví (Mielle et al., 2014). U dětí s PA se také objevuje absence empatie, která je důležitá pro utváření hlubokých a trvalých vztahů (Mehta et al., 2010; Zeanah et al., 2016).

1.3.3.2. Somatické hledisko

PA mohou být komorbidní nejenom s psychickými onemocněními, ale také se somatickými, která mohou jedince doprovázet až do dospělosti. Davies s kolegy (2009) zjistili v průřezové studii, že lidé s PA subjektivně uvádějí, že trpí většími bolestmi ve srovnání s populací bez PA. Celkový zdravotní stav a uváděné příznaky byly spojeny s vyšší mírou úzkosti. Autoři navrhuje u nespecifikovaných somatických bolestí pracovat především na redukci úzkosti. Projevy vyskytující se na somatické úrovni jsou chronické bolesti; kardiovaskulární a zánětlivá onemocnění; diabetes; cévní a mozkové příhody. Výše zmíněný nedostatek kvalitních vztahů může také vyústit v rizikové chování vzhledem k fyzickému zdraví: užívání tabáku a jiných návykových látek nebo obezita (Davies et al., 2009; Hornor, 2019; Puig et al., 2013).

1.3.3.3. Kognitivní hledisko

Pro normální kognitivní vývoj je pro dítě důležité takzvané „očekávatelné“ prostředí. Příkladem tohoto prostředí mohou být běžná jazyková expozice; emoční přístupnost pečovatele; dostatek informací z běžného světa. Děti s PA vyrůstají v prostředí, které jim neposkytuje podněty ve všech oblastech potřebných pro rozvoj. Pokud vyrůstají v ústavu, prostředí bývá podnětně chudší, děti zažívají vysoce rutinní režim (všechny děti jí, spí, chodí na WC ve stejný čas). Prostředí je ochuzené ve smyslové, kognitivní i lingvistické oblasti, pečovatelé nemohou naplňovat všechny žádané potřeby. Pokud děti vyrůstají v rodině, kde zažívají týrání nebo jiné závažné zanedbávání, bývá prostředí na informace, vzory a zkušenosti ještě chudší (Nelson et al., 2007). Následky špatného zacházení v dětství se mohou projevit na oslabené pozornosti, jazykových schopnostech, inteligenci i exekutivních funkcích (Goldstein & DeVries, 2017).

V oblasti jazyka a řeči uvádí v metaanalýze IJzendoorn, Dijkstra a Bus (1995) těsnou souvislost mezi jazykovými schopnostmi a attachmentem s pečující osobou. Děti s jistým citovým poutem mají větší tendence prozkoumávat prostředí, komunikovat se svými pečujícími osobami, navazovat s nimi kontakt a rozvíjet řeč. Oproti tomu děti s nejistým typem vazby nebo PA nemají motivaci vyhledávat pečující osoby a nezažívají dlouhé rozhovory a řečovou expozici. Tato fakta následně vedou k chudší slovní zásobě. Rodiče těchto dětí sami vykazují oslabené verbální schopnosti a mohou být méně ochotní a schopní adekvátně reagovat na začínající verbalizace svých dětí. Tímto chováním snižují motivaci dětí v navazování komunikace a získávání verbálních dovedností. Na chudou slovní zásobu nasedají další řečové vady, jako je dyslálie nebo koktavost. Celkově může být řeč opožděná a je nutné zahájit logopedickou terapii (APA, 2013; IJzendoorn et al., 1995).

Pritchett s kolegy (2013) ve svém výzkumu uvádějí, že děti s PA (RAD) mají nižší IQ ve srovnání s normami rozložení IQ v populaci. Toto zjištění potvrzují IJzendoorn, Luijk a Juffer (2008), kteří v metaanalýze 75 studií zabývajících se IQ v souvislosti s institucionalizovanou výchovou zjistili, že děti v ústavním prostředí mají výrazně nižší IQ. Důležitým faktorem byl věk dítěte. Mladší děti vykazovaly výrazně vyšší nedostatky v testovaných oblastech oproti dětem starším. Ukazuje se, že čím dříve je dítě s PA umístěno do pečující rodiny s podnětným prostředím, tím má zátěžová situace menší dopady na kognitivní vývoj (Fox et al., 2011; Rutter, Sonuga-Barke, & Castle, 2010).

1.3.3.4. Neuropsychologické hledisko

Schore (2014) přispěl k problematice PA *neurobiologickou teorií rané regulace*. Ve své teorii uvádí, že nejdůležitější jsou první dva roky života dítěte, které jsou kritickým obdobím pro rozvoj struktur v pravé hemisféře, které následně ovlivňují schopnost empatie a emoční komunikace. V tomto období života se vyvíjí také amygdala, která se podílí na formování a ukládání paměťových stop emočních zážitků a má ochrannou funkci pro člověka, při nebezpečí v organismu aktivizuje strach a úzkost. Dále se také vyvíjí insula, která se podílí na funkcích spojených s emocemi, např. empatie, soucit, ale také na kognitivních funkcích a interpersonálních vztazích. Podílí se na psychopatologii spojené s mezilidským fungováním. Mozek celkově se v raném období vyvíjí na základě interakcí s pečující osobou (Čihák, 2004; Schore, 2014; 2016).

Amygdala se podílí na regulaci afektivních stavů, společně s předním cingulem a orbitofrontální kůrou. Důležitý je i přenos serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Schore (2016) uvádí, že poškození těchto částí se podílí na závažné vývojové psychopatologii, úzkostných a depresivních stavech a poruchách attachmentu. V longitudinální studii Lyons-Ruth a kolegů (2016) se ukázalo, že zvětšená amygdala je spojena s narušenými vazebnými interakcemi v raném dětství. Následkem zvětšené amygdaly se ukázaly poruchy v limbickém systému v dospělosti, nepřiměřeně vysoká míra prožívaného stresu, strachu a úzkosti na podněty, které v normální populaci nevyvolávají takovou odezvu. Fox a Hanne (2008) uvádějí, že nejistý attachment je přímo spojený s vyšší fyziologickou reaktivitou vůči stresu, která je pravděpodobně přímo ovlivněna nervovou aktivitou v amygdale.

Současná zjištění naznačují, že u PA je ovlivněn vývoj dopaminergních funkcí zapojených do zpracování odměn, což způsobuje nedostatečnou mozkovou aktivitu. Mezulimbická dopaminergní dráha se podílí na vzniku motivace a emocí (především radosti). Autoři (Mizuno et al., 2015) se domnívají, že změny v neurofunkčním substrátu u jedince s PA byly výsledkem narušených vývojových procesů v oblasti odměňování. Dítě, které v dětství nezažívalo procesy odměny (jak tělesné – hlazení, laskání; tak psychické), ale naopak odmítání a tresty, může vykazovat tuto nedostatečnou mozkovou aktivitu. V rámci narušení motivace je toto tvrzení částečně podpořeno studií (Mizuno et. al., 2015), ve které jedinci s RAD vykazovali extrémně nízkou aktivitu striata. Striatum hraje klíčovou roli při zpracování motivace k učení, tudíž nízká aktivita této mozkové části může ovlivnit motivaci k učení a následný výkon jedince s poruchou attachmentu ve školních výkonech.

1.3.4. Projevy poruch attachmentu u dětí v předškolním věku

Děti s PA navazují povrchní vztahy a nejsou zvyklé kooperovat, spoléhají se samy na sebe. Problematické také může být plánování dosahování cílů z hlediska oslabených kognitivních funkcí. Nespolupráce může dítě vyčleňovat z kolektivu a následně ho izolovat a prohlubovat pocity nedostatečnosti a osamělosti. Negativní zkušenosti s vrstevníky mohou dítě s PA traumatizovat a prohlubovat strach ze sociální komunikace (Park & Waters, 1989; Zeanah et al., 2016).

Raný vztah matky a dítěte ovlivňuje sociální chování dítěte, především navazování blízkých vztahů. V předškolním věku ovlivňuje dyadické kamarádské vztahy – jejich výběr, kvantitu i kvalitu a schopnost zapojit se s vrstevníky do hry. Děti, které mají bezpečné pouto se svou pečující osobou, navazují vztahy, které jsou více harmonické, obsahují méně kontroly a více odpovědnosti než vztahy, které utvářejí děti s nejistým attachmentem nebo PA. Při řešení konfliktů využívají děti s PA více konfrontační a agresivní způsoby řešení oproti dětem s jistým attachmentem, které řeší konflikty klidněji a celkově jsou v konfliktních situacích angažovány méně často. Děti s PA častěji berou hračky ostatním bez dovolení (Park & Waters, 1989). Týrané a zanedbávané děti obtížněji určují emoční stavy a prožívání druhých lidí. Emoční porozumění se vyvíjí na základě vztahů s primárními pečovateli. Tyto děti lidem častěji přiřazují emoce vzteku a zlosti oproti dětem s jistou vazbou.

Studie (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993) ukázala souvislosti mezi attachmentem v raném věku (18 měsíců) a chováním dítěte v předškolním věku (5 let). Děti, které měly dezorganizovaný typ attachmentu se svou matkou, byly následně v předškolním věku více hostilní a agresivní vůči vrstevníkům.

2. Kognitivní vývoj v předškolním věku

Předškolní období je věkově vymezováno od 3 do 6 let, ale některé publikace uvádějí 3 až 7 let, případně 2 až 5 let. Tento rozdíl může způsobit odklad školní docházky nebo odlišná kultura, jelikož předškolní období je vymezeno také sociálně, tzn., že končí nástupem do školy. Věk dětí nastupujících do školy se dle jednotlivých zemí může odlišovat. V této kapitole budeme popisovat adekvátní předškolní věk pro Českou republiku, tedy 3 až 6 let. Zaměříme se pouze na kognitivní vývoj z důvodu obsahu empirické části práce. Uvedeme jak poznatky nejznámějších autorů, kteří se kognitivním vývojem zabývali, tak novodobějšími studiemi a jejich přínosem k problematice. Následně popíšeme jednotlivé funkce vzhledem k uvedenému věku a specifika kognitivního vývoje u dětí s poruchou attachmentu.

2.1. Teorie kognitivního vývoje

V následujících kapitolách uvedeme stěžejní teorie kognitivního vývoje, z jejichž poznatků budeme vycházet v dalších částech textu. Zmíníme biologickou teorii Piageta, sociokulturní teorii Vygotského a neurokognitivní teorii. Popíšeme pouze nejdůležitější poznatky a aspekty vztahující se k předškolnímu období. Kapacita této práce neumožňuje detailní popis zmíněných teorií.

2.1.1. Teorie Jeana Piageta

Piagetova teorie se opírá především o biologické poznatky, autor kladl velký důraz na vývoj organismu neboli zrání. Sled kognitivně vývojových procesů je podle něj dán spíše zráním než vlivem prostředí (vývoj „zevnitř ven“). Ačkoli i prostředí má určitý vliv podílející se na vývoji kognitivních funkcí. Svou teorii nazval *genetickou epistemologií* (Piaget, 1970; 1970/1973).

Piaget uvádí, že kognitivní vývoj probíhá pomocí ekvibrace, neboli vyvažování. Děti hledají rovnováhu mezi podněty, se kterými se setkají v prostředí, poznávacími procesy a kognitivními schopnostmi. Prvním procesem je *asimilace*. Pomocí tohoto procesu se dítě pokouší navodit ekvilibrium při styku s novým podnětem / vjemem zařazením do již existujícího schématu (kognitivního rámce) na základě podobnosti. Pokud se vjem nedá přizpůsobit do již existujícího schématu, musí jedinec využít druhý proces k navození rovnováhy, kterým je *akomodace*. V průběhu tohoto procesu dítě pozmění existující schéma tak, aby korespondovalo s novými podněty v okolí anebo vytvoří zcela nové schéma. Podle

Piageta souvisí asimilace a akomodace se všemi změnami v kognitivním vývoji napříč stadii (Piaget, 2007; Sternberg, 2009).

Stadium, které náleží předškolnímu věku, nazývá Piaget (1970) **předoperační stadium** (2-7 let). V tomto stadiu se především rozvíjí řeč, která je egocentrická. Dítě zkoumá okolí, jevy hodnotí podle zrakového vnímání a na základě znalostí nebo dřívějších zkušeností. Aktivně rozvíjí mentální reprezentace, které jsou základem pro logické myšlení v pozdějším stadiu vývoje. Pokrok je především v pojmovém myšlení v rámci jazyka. V tomto období se uplatňuje *centrace* – tendence zaměřovat se na jeden nápadný aspekt sledovaného objektu / situace, především ve věku 4–5 let (Piaget, 1970/1973).

Toto stádium je ještě rozděleno na dvě substadia: **(1) substadium symbolických funkcí** (2-4 roky) a **(2) substadium intuitivního myšlení** (4-7 let). V prvním substadiu dokáže dítě popisovat představy věcí v mysli bez nutnosti předmět vidět. Děti začínají pracovat se symboly, které můžeme pozorovat především ve hře, kdy dokážou nějaký předmět nahradit jiným. Vyskytuje se magické myšlení, egocentrismus, dominance percepce, viz kap. 2.3.1. V druhém substadiu již dítě disponuje rozsáhlými vědomostmi, avšak řešení problémových situací je intuitivní, stále se řídí zrakovými vjemy. Myšlení je zaměřeno na jeden aspekt aktuální situace a je prelogické (Piaget, 1970; 1970/1973).

Nicméně novodobější výzkumy ukazují, že děti disponují mnoha schopnostmi již v dřívějším věku, než se domníval Piaget. Hughes (1975 in Thorová, 2015) vznesl kritiku na Piagetův přístup v experimentech a vyslovil obavu, že výsledky mohou být zkreslené tím, že děti zcela neporozuměly zadání úkolu a následně v řešení selhávaly. Hughes ve své studii prokázal, že děti do čtyř let již nepřemýšlí egocentricky a dokážou na situaci pohlížet z více úhlů pohledu. Toto zjištění přikládal faktu, že v jeho úlohách dítě porozumělo smyslu úkolu, avšak u Piageta nikoli. Borke (1975) využil totožný experiment (tří hor) jako Piaget, avšak do procesu testování zařadil prvky hry, výsledkem bylo, že tříleté děti vykazovaly o 80 % vyšší úspěšnost a čtyřleté děti dokonce dosahovaly vyšší úspěšnosti o 94 %. Toto zjištění podporuje také fakt, že v Piagetově podání úkolu nemusely děti zcela rozumět zadání. Kesselring a Müller (2011) navrhli revizi konceptu egocentrismu, ve které rozděluje egocentrismus do třech fází. Uvádí, že proces decentralizace probíhá od předoperačního stádia.

2.1.2. Teorie Lva Vygotského

Vygotskij oproti Piagetovi klade důraz na vliv sociálního prostředí při vývoji kognitivních funkcí. Dle tohoto autora probíhá kognitivní vývoj „zvenku dovnitř“ zpracováváním informací z vnějšího kontextu, tzv. **internalizací** (Vygotskij, 2004). Dítě se učí interakcemi s prostředím, které jsou následně zvnitřněny. Druhým významným konstruktem, který Vygotskij zformuloval, je **zóna nejbližšího vývoje**. Zóna nejbližšího vývoje charakterizuje rozpětí potenciálu mezi pozorovatelnou úrovní realizovaných schopností dítěte a základní latentní kapacitou, která není přímo jasně viditelná (Sternberg, 2009). Vygotskij (1976, p. 11) uvádí, že *„zóna nejbližšího vývoje má bezprostřednější význam pro dynamiku intelektuálního vývoje a úspěšnosti než aktuální úroveň jejich vývoje“*. To znamená, že dítě za pomoci nápodoby nebo za podpory jiného člověka může dosahovat vyšších úrovní výsledků, než by odpovídalo jeho aktuální vývojové úrovni. Také platí, že co se jeden den dítě naučí za pomoci, zvládne další den samostatně. S touto vývojovou teorií budeme pracovat v kapitole 3 v rámci dynamické diagnostiky, kde bude podrobněji rozpracována, a v empirické části diplomové práce.

2.1.3. Neurokognitivní teorie

Vývoj mozku je velmi složitý proces zahrnující bilion interakcí napříč všemi oblastmi (od synapsí až po vztah matka-dítě). Tyto interakce zahrnují jak individuální genetický potenciál, tak vliv prostředí. Moderní výzkumy se shodují se zjištěními Piageta, že určitá kognitivní funkce je vázána na dozrání zodpovědné mozkové části, avšak potvrzují i důležitost sociálních vazeb a působení prostředí, jak uváděl Vygotskij (Diamond, 1991; Perry, 2009; Sternberg, 2009).

Mozek je hierarchicky organizovaný systém, který je složen ze čtyř hlavních částí. (1) mozkový kmen, (2) mezimozek, (3) limbický systém, (4) mozková kůra. Mozek se vyvíjí od zdola-nahoru, od mozkového kmene po nejsložitější limbický systém a mozkovou kůru. Mozkový kmen je vyvinutý již při narození (zajišťuje bazální funkce) a následně vyšší funkce se vyvíjejí až s věkem, např. abstraktní kognitivní funkce lokalizované v kůře (Perry, 2009).

V předškolním věku dochází k nárůstu neurosynapsí, až 90 % těchto synapsí vznikne do věku 6 let a hmotnost mozku dosahuje maxima, v dalším vývoji se již jen nepatrně změní (Sternberg, 2009). Lidz (2003) uvádí, že v předškolním věku se u dítěte objevuje největší neuroplasticita, a z toho důvodu je vhodné zařadit učení nebo jiné intervence, které mohou ovlivnit určité poškození nebo deficit. Ve věku od 2 do 4 let dochází k nárůstu prefrontální

kůry, která je spojena s vývojem řeči a osvojováním jazyka. V této oblasti jsou dále lokalizovány exekutivní a metakognitivní schopnosti, které také podléhají enormnímu vývoji. Vývoj exekutivních funkcí umožňuje plánovat činnosti, předvídat následky, kontrolovat a regulovat své chování a hodnotit výsledky. Pro seberegulaci je také důležité spojení prefrontální oblasti s (1) mozkovým kmenem, které ovlivňuje pozornost; (2) s limbickým systémem, které ovlivňuje emoce; a (3) s motorickým systémem. Důležité je také spojení exekutivních funkcí se zadní asociační oblastí mozkové kůry, která souvisí s inteligencí. V předškolním věku se odehrává proces myelinizace nervových vláken, který společně s vytvářením synapsí ovlivňuje vývoj paměti (krátkodobé, pracovní i dlouhodobé). Vyšší myelinizace mozku mezi 3,5 až 4,5 roku umožňuje myšlenkové operace s mentálními reprezentacemi (Bronson, 2000; Lidz, 2003; Luria, 1973a, 1973b; Sternberg, 2009).

I přesto, že v tomto vývojovém období disponuje dítě velkou neuroplasticitou, poškození některých částí mozku může zapříčinit vývoj poruchy. Nejrizikovější pro poškození jsou oblasti, které jsou v senzitivním období vývoje. Porucha nemusí být vyvolána hned, ale může se projevit až později při aktivaci vyšších funkcí v poškozené oblasti (Lidz, 2003).

2.2. Vývoj jednotlivých kognitivních funkcí

Vývoj kognitivních funkcí závisí na četných faktorech. Jak jsme uvedli v kapitole výše, podle Piageta (1970) záleží na zrání organismu, podle Vygotského (1976) se uplatňuje vliv sociálního prostředí a důležitým faktorem je vývoj mozkových částí. Nezávisle na jednotlivých autorech se ukazuje, že lidé s postupným vývojem získávají nad učením a myšlením kontrolu a také jsou schopni vytvářet komplexnější vazby mezi myšlením a chováním. Dále se věnují důkladnějšímu zpracování informací přicházejících z okolního i vnitřního prostředí. S přibývajícím věkem je také kódování informací pro vyřešení problému propracovanější, a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec problém rozkládá. V rámci kognitivního vývoje postupně jedinec nabývá vědomosti, dokáže obsáhnout stále složitější vztahy a buduje si větší variabilnost v používání strategií (Sternberg, 2009).

Jednotliví lidé se ve vývoji odlišují a nelze stanovit přesná věková rozhraní, kdy má konkrétními dovednostmi a schopnostmi disponovat. Tato kritéria jsou spíše orientační a je nutné vše posuzovat individuálně. V následujících odstavcích uvedeme vývoj jednotlivých kognitivních procesů pro věkové období tři až šest let.

Pro popis jednotlivých kognitivních funkcí je důležité uvést že *percepce* předškolního dítěte je globální, to znamená, že celek vnímá jako spojení jednotlivých částí, ale nedokáže mezi nimi odvozovat vztahy. Uplatňuje se zde centrace, kdy dítě zaujme jeden výrazný prvek situace a na ten se zaměří jeho vnímání. V předškolním období se dále rozvíjí zraková a sluchová diferenciací, která je později důležitá pro čtenářské dovednosti. Nepřesné je vnímání prostoru i času. Vnímání těchto dvou aspektů je omezeno na dobře známé situace a je zjednodušováno (např. dvakrát se vyspím a budu mít narozeniny). Vnímání prostoru se vyvíjí dříve než vnímání času (Šulová, 2010).

Předškolní dítě prozkoumává nejbližší okolní svět a zaměřuje se na pravidla, která se v něm uplatňují. Piaget (1970) nazval způsob uvažování dětí tohoto věku jako *názorné, intuitivní myšlení*. Toto myšlení je prelogické, nepřesné a málo flexibilní, myšlenkové procesy jsou ireverzibilní. Myšlení v tomto období je navázáno na vnímané, především viděné objekty, se kterými dítě dále pracuje a dále na jeho vlastní aktivitu. Dokáže od jednotlivých předmětů přejít k zobecnění a následně subjekty znovu rozčlenit. Usuzování je stále založeno na percepci – především na vizuální vnímání. Znaky, které se ve stádiu tohoto myšlení uplatňují jsou:

- **Egocentrismus:** dítě na svět nahlíží ze subjektivního, sebestředného hlediska. Má tendence zkreslovat úsudky svými subjektivními preferencemi, v rámci čehož dochází k nepřesnostem v poznávání. Děti nejsou schopny kritického myšlení a neuvědomují si odlišná hlediska, než která vidí ony samy.
- **Fenomenismus:** dítě je fixováno na vlastní představu vykonstruovaného světa a odmítá přijmout informace, které do něj nezapadají. Objevuje se vázanost na přítomnost a aktuální podobu světa, tj. **prezentismus**.
- **Magičnost:** dítě zkresluje podobu reálného světa fantazií, a tím nerespektuje logické skutečnosti. V předškolním období přetrvává nerozlišování reality od fantazijní produkce.
- **Absolutismus:** dítě je přesvědčené, že každé poznání má jednoznačnou platnost a odmítá relativitu názorů dospělých. V absolutismu dítě získává potřebu jistoty.
- **Antropomorfismus:** dítě přiřazuje charakteristiky živých tvorů neživým objektům. I přesto, že v předškolním věku již dítě dokáže rozlišit mezi živým a neživým, využívá tento proces z důvodu hledání jistot a zjednodušení utváření obrazu světa a jeho fungování.

- **Synkretismus:** dítě spojuje nelogické znaky (Piaget, 1966, 1970; Šulová, 2010; Thorová, 2015; Vágnerová, 2000).

Bruner (1966) navrhl tři typy reprezentací, jak dítě přijímá informace a zpracovává je v mysli. V předškolním věku se uplatňuje **ikonický způsob reprezentací**, který se vyznačuje tím, že dítě je schopné v mysli vytvářet obrazy reprezentující smyslové vjemy. Tyto vjemy si následně ukládá do paměti. Dítě do šesti let je silně ovlivněno smyslovými vjemy, nedokáže popsat vztahy mezi předměty a myšlení ještě není abstraktní. Vygotskij popisoval myšlení dítěte jako nesystematické, neorganizované a spontánní (Vygotskij, 1976).

Uvedené teorie se shodují, že dominantní je pro dítě v tomto věku smyslové vnímání, které silně ovlivňuje myšlení. Myšlení je neorganizované, prelogické, intuitivní, vázané na smyslové vjemy a je egocentrické. Na druhou stranu zkoumání **teorie mysli** odhalilo, že již děti ve věku čtyř let se dokážou vcítit do myšlení druhých lidí (Borke, 1975). Tento výsledek potvrdil i další výzkum (Hughes, 1975 in Thorová, 2015), který prokázal, že neegocentrické myšlení a schopnost vžít se do myšlení druhého se objevuje již mezi 3,5-4 roky. Tyto výzkumy potvrdily neegocentrickost myšlení vývojově dříve, než uváděl Piaget. Borke (1975) argumentuje, že pozorovaný egocentrismus v Piagetově výzkumu mohl být způsoben vysokou obtížností úkolu pro daný věk dítěte.

V předškolním období se značně rozvíjí **řeč**. Před nástupem do mateřské školy se u mnohých dětí vyskytuje špatná výslovnost některých hlásek nebo patlavost. S pomocí logopedie v předškolním věku se většina vad odstraní před nástupem do školy. Zdokonaluje se větná stavba, objevují se jak souřadná, tak již i podřadná souvětí. Řeč je úzce spojena s myšlením, děti nejdříve chápou prostorové vztahy, a tedy využívají slova označující místa, a až následně se rozvíjí chápání času a využívání slov pro časová označení. Učení se řeči probíhá nápodobou dospělých i vrstevníků (Vágnerová, 2000).

Piaget (1970; Piaget & Inhelder, 2007) i Peña, Pittaluga a Mehler (2010) popisují důležitost zralosti mozkových center pro vývoj řeči. Také Kuhl (2007; 2011) konstatuje, že v předškolním věku, ve kterém je ještě vysoká neuroplasticita se utváří speciální neurální síť pro vývoj řeči. Uvádí věkové období do 6 až 7 let. Zrání mozku uvádí ve své teorii Lenneberg (1967), který určil kritickou periodu pro vývoj řeči na věkové období 5 až 11 let. Piaget (1970) popisuje „prudký“ rozvoj řeči v předoperačním stadiu vývoje, tedy mezi 2 až 7 lety. Vygotskij (1976) přikládá důležitost sociální stimulaci a interpersonálním interakcím. Pro vývoj řeči je důležité podnětné prostředí. Ukázalo se, že rodiny s vyšším socioekonomickým statusem poskytují dítěti jazykově bohatší prostředí, používají

rozsáhlejší slovní zásobu, častěji dětem čtou a více na děti mluví a vysvětlují (Bennett, Weigel, & Martin, 2002). Naopak děti zanedbané vykazují opožděný řečový vývoj (Ijzendoorn et al., 1995). Pokud děti nemají možnost s dospělým rozvíjet řečové schopnosti, může se u nich objevit menší jazykový cit, menší slovní zásoba, nebo neporozumění běžně užívaným slovům (Šulová, 2010). Podle Feuersteina ovšem nezáleží až tolik na bohatosti prostředí, ale především na kvalitě i kvantitě zprostředkovaného učení (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010). Sleduje se, zda s dítětem dospělý interaguje a zprostředkovává mu materiál k rozvoji. V dnešní době se nejvíce přijímá celostní názor, že vývoj jazyka má svůj biologický podklad, avšak dále je rozvíjen pomocí sociálních interakcí (Thorová, 2015).

V rámci vývoje kognitivních funkcí je důležitá **egocentrická řeč**. Tato řeč je úzce spjata s myšlením a vede k **vnitřní řeči**. Egocentrická řeč se dělí na tři druhy. **(1) Expresivní:** dítě verbálně vyjadřuje své pocity bez ohledu na přítomné posluchače. **(2) Regulační:** dítě řídí vlastní činnost pokyny, jako by jej řídili dospělí. **(3) Egocentrická** řeč jako prostředek myšlení (Vágnerová, 2000). Piaget (Piaget & Inhelder, 2007) vnímal egocentrickou řeč jako znak nezralosti v kognitivním vývoji. Tato řeč nemá sociální funkci. Až decentrace umožní dítěti sociální rozvoj a odeznění egocentrické řeči a v důsledku toho si již dítě dokáže udržet myšlenky a využívat vnitřní řeč. Amador (2011) interpretuje Vygotského (1986) domněnky, že egocentrická řeč vzniká až na základě zkušenosti se sociální řečí – kdy si dítě zvnitřňuje, co slyšelo a následně se vyvíjí vnitřní řeč. Vnitřní řeč již není hlasitá a slouží pouze dítěti. Zatímco egocentrická řeč se vyvíjí v předškolním období, vývoj vnitřní řeči se spojuje až s obdobím školní docházky. Vygotskij (1976) se domníval, že děti využívající vnitřní řeč jsou sociálně zdatnější.

Paměť se v předškolním věku zdokonaluje stejně tak jako ostatní kognitivní funkce. Paměť v tomto období je spíše bezděčná, záměrná paměť se vyvíjí kolem pátého roku věku dítěte (Šulová, 2010). Zatímco **proces rozpoznávání** se vyvíjí již od narození, paměťový **proces vybavování** se utváří až po vzniku obrazné představy řeči (Piaget & Inhelder, 2007). V předškolním období se zdokonaluje zraková paměť. Výše jsme uvedli, že v předškolním věku dítě operuje především s vizuálními nebo jinými smyslovými vjemy. Dítě si pamatuje vizuální vjemy a s nimi spojené další informace, které se v obrazu vyskytují. Kapacita zrakové paměti je asi 4-5 prvků. Paměť je konkrétní, tzn. dítě si lépe zapamatuje konkrétní události, situace, informace přicházející ze smyslů než slovní popis. Předškolní dítě disponuje především krátkodobou pamětí, avšak mezi 5. a 6. rokem se rozvíjí i paměť pracovní a dlouhodobá (Šulová, 2010; Thorová, 2015).

Předškolní děti si ve výzkumu Flavella a Wellmana (1977) měly zapamatovat předložené obrázky. Probandy v tomto věku nenapadlo, že hlasité opakování by jim pomohlo k lepšímu zapamatování. Výzkumníci rozdíl mezi pamětí předškolních a starších dětí interpretují tak, že starší děti již mají zkušenost s učením a ví, že opakováním si informace lépe zapamatují. Také mají vyvinuté metakognitivní schopnosti, které se v předškolním věku teprve začínají vyvíjet (Lidz, 2003). I přesto, že se děti učí způsoby, jak si věci lépe zapamatovat, v předškolním věku nejsou schopné naučenou strategii přenést na jinou situaci. Metakognitivní schopnosti souvisejí s pamětí také v tom smyslu, že děti, které již mají tyto schopnosti vyvinuté, si dokážou vybavit informace na požádání, a jsou si procesu vybavování vědomé, oproti dětem předškolním (Sternberg, 2009).

V předškolním období je **pozornost** značně nestálá. Dítě potřebuje pokyny dospělého, zpřítomňování a učení se cílenému zaměření pozornosti. Pravidla ve hře postupně vedou dítě k zaměření pozornosti nejen na to, co ho zajímá, ale i právě na uvedená pravidla. Úmyslná pozornost se vyvíjí až později ve školním věku (Teyschl, 1973). Kvalita pozornosti je důležitá pro školní zralost a připravenost (Thorová, 2015).

V předškolním věku vzniká množství barvitých **představ**, které jsou často smyšlené (konfabulované). Tímto procesem si dítě pomáhá dotvářet situace, aby jim lépe porozumělo. Představy napomáhají orientovat se v komplikovaných situacích a v pochopení reality (Šulová, 2010). V předoperační úrovni se vyskytují pouze statické obrazné představy, v tomto věku mají děti obtíže vyvolat představu reprodukce pohybu nebo transformace. Dítě v předškolním věku si umí představit čtverec a nakreslit jej, ale již neumí nakreslit, jak by se čtverec mohl transformovat – měnit velikost / umístění (Piaget & Inhelder, 2007).

Ukazuje se enormní vývoj **exekutivních funkcí** v předškolním věku. Tyto funkce jsou složeny z více vzájemně propojených kognitivních schopností, které jsou zodpovědné za formulování cílů, jejich plánování a dosahování. Mezi výše uvedené kognitivní schopnosti patří: předvídání a aktivace pozornosti; seberegulace a kontrola impulzů; zahájení činnosti; pracovní paměť; flexibilita; schopnost organizace; výběr efektivních strategií pro řešení problémů; sledování výkonu (Anderson, 2002; Anderson & Reidy, 2012).

2.3. Specifika kognitivního vývoje u dětí s poruchou attachmentu

V kapitole 1.2. o vývoji attachmentu jsme uvedli důležitost již prenatálního kontaktu a chování matky v souvislosti s citovou vazbou. Baar a Graaf (1994) provedli výzkum, ve kterém zjistili, že pokud matka v těhotenství užívá návykové látky, je následně negativně

ovlivněn kognitivní vývoj dítěte v předškolním věku. Děti závislých matek byly vývojově opožděné, oproti dětem, jejichž matky v těhotenství neovlivnil abúzus.

Dále se vědci zabývali vztahem rané deprivace v rámci institucionalizované péče a následným kognitivním deficitem. Raná institucionalizace vede k oslabení kognitivního výkonu, problémům v emoční a sociální oblasti. Deficit v kognitivní oblasti se ukazuje jako trvalý a neměnný. Goldfarb (1945) uvádí, že deprivace v dětství může vést ke zpomalení mentálního vývoje, dítě je opožděné ve vývoji kognitivních funkcí i při změně prostředí (z institucionálního do rodinného) a deficit má tendenci přetrvávat. Toto zjištění potvrdily i studie Smyke s kolegy (2007) a Loman s kolegy (2009), které uvádějí nižší index mentálního vývoje u raně deprivovaných dětí. Toto tvrzení podporují i závěry další studie (West et al, 2013), která poukázala na důležitost jistého attachmentu ve třech letech věku dítěte pro pozdější lepší kognitivní vývoj (měřeno IQ).

Loman a kolegové (2009) dále uvádějí výskyt poruch pozornosti u institucionalizovaných dětí, přestože byly následně vychovávány v rodině. Tyto děti mají i četnější výskyt poruch učení, řečového vývoje, emocí a chování. Opožděný řečový vývoj u raně deprivovaných dětí uvádějí i IJzendoorn s kolegy (1995), kteří popisují negativní vliv podnětně chudšího prostředí na osvojování jazyka.

Perry a Pollard (1997) zjistili, že mozek zanedbávaných dětí je velikostně menší než u normativní skupiny, dále má zvětšené mozkové komory a objevují se abnormality v mozkové kůře. Jak jsme již v práci uvedli v mozkové kůře jsou lokalizované různé kognitivní funkce, a i tyto abnormality mohou ovlivnit kognitivní vývoj dítěte. Bick s kolegy (2015) uvedli ve výsledcích své studie, že děti, které prošly institucionální péčí v raném věku mají narušené dvě dráhy. Jsou jimi: *cingulum* a *fornix crus*. Tyto dvě části jsou zodpovědné za komunikaci mezi čelním lalokem a limbickým mozkem. Jejich narušení je spojeno s problémy v externalizaci a prostorovém vnímání.

3. Dynamická diagnostika

V úvodu této kapitoly popíšeme nové principy a přístupy k jedinci v rámci diagnostiky. Dále se budeme věnovat východiskům a základním parametrům, charakteristikám a cílům dynamické diagnostiky. Uvedeme hlavní představitele a jejich koncepty přispívající k tomuto typu diagnostiky. Následně srovnáme dynamickou a statickou diagnostiku vzhledem k zaměření empirické části práce. Zmíníme nová paradigmatata diagnostiky a vztah dynamické diagnostiky ke klientům s poruchou attachmentu.

3.1. Nové přístupy k diagnostice

Světová zdravotnická organizace vydala alternativní manuál k MKN-10, a tím je *ICF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (WHO, 2001). ICF popisuje fungování člověka jako dynamickou interakci mezi jeho zdravotním stavem, prostředím a osobnostními faktory. Jedince posuzuje v bio-psycho-sociálním kontextu a zohledňuje různé faktory, které na člověka působí. Faktory jsou následující: (1) anatomické a funkční změny; (2) narušení exekutivních funkcí; (3) omezení v zapojování se do interakcí; (4) vnější faktory – bariéry nebo podpora v prostředí jedince, které mohou být technické, fyzické, kulturní, ekonomické nebo sociální; (5) osobnostní faktory. V rámci ICF by jedinec měl být hodnocen v uvedených pěti oblastech, na jejichž zhodnocení navazují vhodné intervence. Tento manuál neklasifikuje člověka jako „normálního“ nebo „postiženého“, nýbrž se snaží jeho fungování zasadit do širokého kontextu a popisuje vhodné způsoby, jak ho lze začlenit do každodenního života. Deficit některé funkce se může v různých situacích projevovat odlišně. Manuál je vhodné využívat v rámci edukačních doporučení, lze stanovit cíle a doporučení pro následný vývoj jedince vzhledem ke kurikulu (školní osnově). V manuálu lze dohledat kompenzační mechanismy k určitému deficitu (WHO, 2013).

V souladu s manuálem ICF uvádějí Lebeer a kolegové (2013) doporučení, jak by mohla diagnostika probíhat efektivněji. Navrhují diagnostická pravidla a zásady a zdůrazňují, že diagnostika by měla být více interaktivní a interdisciplinární (viz projekt Daffodil). Popisují omezenost informací u tradičního statického přístupu a absenci informací o fungování jedince v kontextu prostředí a učení. Uvádějí, že je potřeba změnit přístup tradiční diagnostiky a na dítě pohlížet „odlišným způsobem“ – porozumět fungování dítěte dynamickým interaktivním způsobem a nalézt možnosti pro zlepšení jeho fungování a učení. Diagnostika by měla zohlednit i vliv školního prostředí a toho, jak by prostředí mohlo být modifikováno v žákův prospěch (Lebeer et al., 2013). Dynamická diagnostika souzní

s uvedenými principy a je jednou z možností, jak k žákům a jejich diagnostice přistupovat, aniž by bylo využíváno „nálepkování“ určitou diagnózou (Lidz, 2014).

K proměnám přístupu v diagnostice dochází i v ČR, kde byla dříve dynamická diagnostika vnímána jako doplňková možnost při vyšetření ke statickým metodám. Nyní se stále více odborníků zajímá o tento typ diagnostiky a hodnotí její přínosy v praxi (především školství). „*Postupy dynamické diagnostiky jsou již ukotveny i ve vyhlášce MŠMT ČR, konkrétně v aktualizaci Vyhlášky 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která upravovala některé postupy pro školní rok 2017/2018*“ (Valenta, Krejčová, & Hlebová, 2020, p. 23).

3.2. Definice a vymezení pojmu

Dynamická diagnostika kognitivních funkcí začíná být v České republice stále rozšířenější a využívanější ve školství i poradenské praxi. Haywood a Lidz (2006, p. 1) ji definují jako: „*Interaktivní přístup k provádění hodnocení v oblasti psychologie, řeči / jazyka nebo vzdělávání, který se zaměřuje na schopnost žáka reagovat na intervence*“. Definice dynamické diagnostiky se mohou odlišovat, avšak vždy zůstávají dva stejné aspekty, kterými jsou: **aktivní role administrátora; sledování a hodnocení reakcí testovaného na změny** (Haywood & Lidz, 2006).

V úvodu této kapitoly bychom rádi zmínili, že dynamická diagnostika zahrnuje nesčetné množství procedur a přístupů, jak ji lze realizovat. Lidz a Elliot (2000) ji popisují jako jakýsi pomyslný „deštník“ zastřešující mnoho přístupů a postupů, které sdílejí soubor principů a formátů. V následujících kapitolách se budeme snažit popsat zmíněné principy pro uvedení čtenáře do tématu dynamické diagnostiky, avšak vzhledem k rozsahu této diplomové práce není možný obecný obsáhlý popis tématu. Zaměříme se spíše na informace, které budou využity v rámci empirické části práce.

3.3. Teoretická východiska

3.3.1. Zóna proximálního vývoje

Prvním teoretickým východiskem pro vznik dynamické diagnostiky je konstrukt ze sociokulturní teorie Vygotského (1976). Tímto konstruktem je **zóna proximálního vývoje**, případně **zóna nejbližšího vývoje**, (*Zone of Proximal Development*; dále jen ZPD), kterou jsme již stručně popsali v kapitole 2.1.2. Jak již naznačuje název teorie, ZPD může být aktivována pouze v případě sociální interakce. Vygotskij popisuje, že úroveň, které může

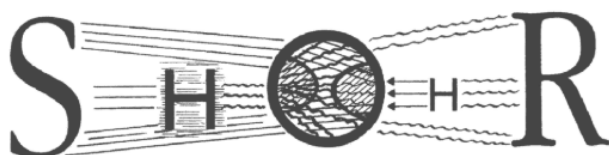
dítě dosáhnout za pomoci jiného, zkušenějšího člověka (ZPD), svědčí o duševním vývoji dítěte více než úroveň, které dosáhne dítě samo (zóna skutečného vývoje) (Vygotskij, 1976; 2004). Hlavní myšlenkou ZPD je zaměření na potenciál vývoje, nikoli na již vyvinuté schopnosti (Grigorenko & Sternberg, 1998). V průběhu vyšetření dynamickou diagnostikou se sleduje již zmíněný potenciál, kterým dítě disponuje, a maximální úroveň, které může dítě dosáhnout společným učením s diagnostikem v rámci intervence. V návaznosti na tato zjištění mohou být navrženy vhodné intervence pro další rozvoj (Lidz, 2014). Předpokladem ZPD je, že dynamický test může změřit aspekt, jak dokáže testovaný jedinec využít nově nabyté schopnosti zprostředkované jiným člověkem v podobné situaci (Sternberg & Grigorenko, 2002).

3.3.2. Teorie zprostředkovaného učení

V rámci dynamické diagnostiky ZPD těsně souvisí s teorií *zkušenosti zprostředkovaného učení* (*Mediated Learning Experience*, dále jen MLE), která je považována za další východisko pro vznik tohoto diagnostického přístupu. Autorem MLE je Feuerstein, který navázal na práci Vygotského (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010). Vygotskij (2004) zdůrazňoval význam druhých osob, které dítěti zprostředkovávají porozumění jevům nebo symbolům kolem sebe a složitým vztahům. MLE označuje interakční proces, ve kterém se dospělí (obvykle rodiče) vloží mezi děti a okolní prostředí a modifikují řadu podnětů – např. ovlivnění frekvence; intenzity; uspořádání nebo kontextu situace. Těmito modifikacemi mohou v dětech vzbudit pozornost a zvědavost a následně jim zprostředkovávat učení z prostředí (Haywood & Tzuriel, 1992; Tzuriel, 2001). Celkově se jedná o podporu poznávání v jednotlivých situacích a rozvoj kognitivních funkcí, nikoli o učení konkrétních schopností a dovedností. Cílem je, aby dítě dokázalo v budoucí podobné situaci samostatně využít myšlenkové operace, které si osvojilo zprostředkováním (Lidz, 2014).

Ve formulování MLE se Feuerstein inspiroval také Piagetem (1970), a to především jeho konceptem „kognitivní struktury“ (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010). Poznatky této teorie využil pro popis kognitivních funkcí, avšak nesouhlasil se zjištěním, že kognitivní struktury jsou stabilní a neměnné. Feuerstein oproti Piagetovi přikládal význam roli rodičů, kultury i prostředí a uvedl, že kognitivní struktury se u každého člověka vyvíjí individuálně a mohou se proměňovat. Místo tradičního behavioristického schématu S-O-R (kdy S = stimul; O = organismus; R = reakce na stimul), které podporoval i Piaget, vytvořil Feuerstein schéma S-H-O-H-R (kdy S, O, R mají stejný význam; H = „human“ čili zprostředkovatel). Role a chování zprostředkovatele pomáhá dítěti integrovat zkušenosti ze

zprostředkovaného učení do vlastních kognitivních struktur, a tím ovlivnit výsledné „R“. V průběhu celého procesu „H“ ovlivňuje „S“, „O“ i „R“. (Feuerstein, Falik, & Feuerstein, 2015; Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010; Piaget, 1970; Tzuriel, 2001). Na obrázku 5 uvádíme grafické schéma, které ukazuje působení sil v klasickém schématu S-O-R a následnou změnu těchto sil při zapojení zprostředkovatele v modelu S-H-O-H-R.



Obrázek 5. Tradiční model S-O-R a model zprostředkovaného učení S-H-O-H-R podle Feuerstein, Falik a Feuerstein (2015, p. 9).

Feuerstein popsal dvanáct kritérií, která by měla být naplněna, aby mohlo probíhat MLE. První tři jsou pokládána za univerzální a mají se vyskytovat ve všech situacích spojených s učením (nehledě na zprostředkovatele, téma, kulturu, rasu, socioekonomický status). Následující kritéria (4.-12.) jsou závislá na povaze úkolu; jsou silně spojená s kulturním prostředím, reflektující odlišnosti v kognitivních stylech, motivaci a kognitivní struktuře. Těchto následujících devět kritérií není podmínkou pro MLE, tudíž popíšeme pouze první tři (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010; Tzuriel, 2001).

1. **Zprostředkování intencionality / reciprocity.** První kritérium se týká zprostředkovatele a jeho úsilí vzbudit bdělost a zájem dítěte, aby mu pomohl zaregistrovat některé informace. Úkolem zprostředkovatele je popsat cíl a proces, který bude následovat, aby dítě pochopilo situaci a vznikl prostor pro uplatnění vnitřní motivace (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010; Lidz, 1991). Zprostředkovatel stále sleduje proces, projevy dítěte na behaviorální úrovni, schopnost dítěte porozumět situaci a orientovat se v ní, aby mohl zvolit vhodný způsob komunikace. Toto chování lze například pozorovat v interakcích ve velmi raném vztahu matka-dítě, které se vyznačuje mnoha známkami reciprocity. Reciprocita je důležitá pro rozvoj základních pocitů kompetencí a sebedeterminace. Reciproční interakce dětem ukazují odezvu na jejich chování a tím v nich posilují důvěru v sebe sama, že dokážou iniciovat určité změny (Haywood & Tzuriel, 1992).

2. **Zprostředkování významu.** Zprostředkovatel poskytuje dítěti význam učení, upozorňuje ho na důležitý obsah a významná sdělení. Tyto interakce působí na emoční i motivační stránku jedince a hodnotovou orientaci. U tohoto kritéria jsou využívány verbální i neverbální prostředky komunikace. Dítě by mělo znát smysl úkolů a měla by u něj být podněcována motivace pro aktivní zapojení. Výsledkem by měla být zvnitřněná motivace pro plnění dalších úkolů samostatně. Dítě, které zažije zprostředkování významu a internalizuje si vnitřní motivaci, by v budoucnu samo mělo chtít aktivně hledat význam situace, nikoli čekat, až mu jej někdo sdělí (Haywood & Tzuriel, 1992; Lidz, 1991; Tzuriel, 2014).
3. **Zprostředkování transcendence.** Zprostředkovatel „přemostňuje“ a spojuje současné situace s událostmi v minulosti a předvídá možnosti v budoucnosti. K tomuto procesu je využívána vizualizace a mentální operace (Lidz, 1991). Dítě je podněcováno k přenesení již známých témat a postupů, které zná ze školy nebo osobního života, na jinou situaci, ve které lze zkušenosti uplatnit. Celkově jde o zobecňování pravidel a postupů pro jejich širší využití. Transcendence může být využita v každodenních činnostech, jako je plánování dne / výletu nebo hraní her. Tyto činnosti podporují vývoj myšlení a strategií pro řešení problémů (Haywood & Tzuriel, 1992; Tzuriel, 2014).

Feuerstein uvádí, že MLE je přirozenou lidskou potřebou a souvisí s naprogramovaným vyhledáváním sociálního kontaktu (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010). Pokud se u dítěte objevuje nedostatek MLE, popisuje Tzuriel (2001) dva hlavní důvody vzniku tohoto strádání.

- 1) **Nedostatek příležitostí ke zprostředkování vlivem prostředí.** Feuerstein zmiňuje vliv kulturní deprivace, kdy jedinec postrádá MLE ve své kultuře, přičemž nezáleží na kultuře jako takové, ale na nastavení kvality zprostředkovaných interakcí v dané sociální skupině. Jedinci zažívající nízkou četnost nebo kvalitu MLE, vykazují sníženou kognitivní modifikovatelnost.
- 2) **Neschopnost dítěte využít zprostředkované učení, i přesto, že je potenciálně dostupné.** Zmíněná neschopnost může být zapříčiněna etiologickými faktory (dysfunkce, deficit, genetické predispozice), dále smyslovými poruchami (slepota, hluchoněmost) nebo věkovou hranicí. Věkovou hranicí je myšleno, že MLE a cílené intervence na určitý kognitivní deficit mohou být účinné až v době,

kdy jedinec prošel kritickým obdobím pro vývoj dané funkce (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010).

Podmínky pro zprostředkování i důvody pro strádání nás zajímají vzhledem k poruchám attachmentu. Již výše v kap. 2.2.3. jsme uvedli Feuersteinovo vyjádření, že nezáleží na bohatosti prostředí, nýbrž na kvantitě a kvalitě zprostředkovaného učení (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010). Pokud je kulturní prostředí, kde dítě vyrůstá chudé, dítě nezažívá dostatek zprostředkovaných interakcí pro svůj rozvoj, může se rozvíjet kognitivní deficit. IJendoorn s kolegy (1995) uvedli výzkumné zjištění, že zanedbané děti (to mohou být i děti s PA), které nemají dostatek zprostředkovaných interakcí, vykazují opožděný kognitivní vývoj.

3.3.3. Teorie strukturální kognitivní modifikovatelnosti

Třetím teoretickým východiskem, na kterém je metoda dynamické diagnostiky vystavěna, je *teorie strukturální kognitivní modifikovatelnosti* (*Structural Cognitive Modifiability*, dále jen SCM), kterou popsal Feuerstein (Feuerstein, Falik, Rand, & Feuerstein, 2002). Základní předpoklady SCM jsou následující: (1) Lidské bytosti jsou otevřené systémy přístupné kognitivním změnám, které ovlivní jejich fungování. (2) Kognitivní modifikovatelnost je nejlépe podložena a vysvětlena teorií zkušenosti zprostředkovaného učení (MLE) (Haywood & Tzuriel, 1992). Teorie vychází z poznatků, že úroveň kognice není neměnná, ale je přístupná vývoji a četným změnám. Tyto poznatky potvrzují i doklady o neuroplasticitě mozku (Lidz, 2003). Zjednodušeně můžeme říct, že každý jedinec může měnit své rozumové schopnosti na úrovni jednotlivých kognitivních funkcí. Kognitivní schopnosti lze pomocí intervencí zdokonalovat, a tím modifikovat případné kognitivní deficity (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2010).

Pokud dojde ke změně u některé z kognitivních funkcí, změní se i celá struktura přemýšlení jedince. Tuto změnu mohou způsobit optimálně nastavené intervence, při kterých dochází ke zvnitřnění nových strategií myšlení. Strukturální změna se projevuje tím, že jedinec je schopen využívat naučená schémata i v jiných situacích a zcela samostatně. Dynamická diagnostika sleduje četnost a povahu strukturálních změn, a v případě, že u jedince nedochází k modifikaci kognitivních deficitů a strukturálním změnám, musí být intervence přehodnoceny a znovu nastaveny tak, aby byly pro jedince co nejprínosnější (Feuerstein et al., 2002). V rámci SCM se může v intervencích uplatňovat MLE, kdy

zkušenější jedinec zprostředkovává méně zkušenému informace, tím přispívá k učení a pomáhá u něj měnit kognitivní strukturu (Haywood & Tzuriel, 1992).

3.4. Cíle a charakteristiky dynamické diagnostiky

Hlavním cílem dynamické diagnostiky je zjištění, jak u testovaného dítěte probíhá proces učení (Flanagan, Genshaft, & Harrison, 1996). Hodnotí se úroveň kognitivních funkcí, především silné stránky a deficity jedince. Zjišťuje se potenciál, který by jedinec mohl využít pro dosažení maximální možné úrovně v dané vývojové fázi. Využívá se ZPD, MLE a SCM v rámci celého vyšetření pro zjištění zmíněné úrovně a možnosti vyvinutí vhodných rozvojových intervencí. Podstatnou charakteristikou dynamického přístupu je aktivní zapojení testujícího do celého vyšetření a aktivní interakce s vyšetřovaným. V tomto přístupu testující sleduje reakce vyšetřovaného na různé modifikace úkolu a schopnost přizpůsobit se změněné situaci. I z tohoto důvodu je přístup nazýván jako „dynamický“ (Feuerstein, 2014; Tzuriel, 2000; Valenta et al., 2020).

Již výše jsme uvedli, že v průběhu vyšetření jsou hodnoceny silné a slabé stránky. Tato část vyšetření je velmi důležitá pro cílené navržení intervencí. V rámci intervence se můžeme opřít o silné stránky a zároveň posilovat deficitní funkce. Feuerstein (2014; Feuerstein, Feuerstein, Falik, & Rand, 2006) rozlišil etapy, ve kterých se jednotlivé deficitní kognitivní funkce objevují. Tvrdil, že nejlépe lze odhalit deficitní kognitivní funkce sledováním etap konkrétní mentální činnosti. Mentální činnost je rozdělena do tří fází, které následně popíšeme.

3.4.1. Kognitivní deficitní funkce podle Feuersteina

První etapou kognitivní činnosti je tzv. **input (vstup)**, který značí zpracování vstupních informací úkolu. V rámci kognitivních funkcí se hodnotí, jak jedinec porozuměl zadání úkolu, a s jakou přesností zaregistroval všechny důležité detaily vztahující se k zadanému úkolu. V této vstupní fázi může docházet k přehlédnutí důležitých informací nebo k modifikaci instrukcí. Výskyt deficitní funkce v této fázi znamená, že je narušena komunikace s fází následující. V této etapě můžeme rozlišit dílčí projevy deficitních kognitivních funkcí:

- nejasné a povrchní vnímání;
- neplánované, impulzivní a nesystematické vyhledávání informací;

- nedostatek nebo narušení verbálního vnímání (objekty, události a vztahy nejsou správně pojmenovány);
- narušená prostorová orientace, nedostatek stabilních vyhodnocovacích systémů (problematické rozlišení pravá-levá strana, východ-západ);
- narušená orientace v čase (neporozumění času jako veličině nebo dimenzi; nepochopení času jako měřitelné veličiny; neporozumění plynutí času od minulosti, přes přítomnost do budoucnosti);
- neschopnost zachovat konstantnost jevů (velikost, tvar, kvalita, barva) v jedné i více charakteristikách;
- nedostatečná potřeba přesnosti při sběru dat;
- nedostatečná kapacita pro výběr informací ze dvou a více zdrojů najednou. Toto se projevuje výběrem oddělených informací, které jedince upoutají před výběrem smysluplného celku (Feuerstein, Rand, & Feuerstein, 2006, pp. 427-429 in Feuerstein & Lewin-Benham, 2012).

Druhá etapa kognitivní činnosti se nazývá ***elaborace (zpracování)***, ve které se objevují deficitní kognitivní funkce navázané na rozpracování úkolu. Sleduje se zacházení se zadanými informacemi a jejich kombinace pro nalezení vhodného řešení (Feuerstein, 2014; Valenta et al., 2020). Deficitními kognitivními funkcemi v této fázi jsou:

- neadekvátní vyhodnocení přítomnosti problému a jeho definování;
- neschopnost rozlišit relevantní, nebo naopak irelevantní data při definování problému;
- nedostatečná spontaneita v rozhodování (neschopnost efektivně porovnávat informace);
- omezení psychického pole (postrádání významu nebo neschopnost zařadit data do kontextu);
- epizodické vnímání reality;
- chybějící potřeba se vzdělávat (vycházení z daných skutečností) a navazovat vztahy;
- neschopnost nebo nedostatečná potřeba shrnout data do smysluplného celku;
- neschopnost nebo nedostatečná potřeba sledovat logické důkazy;
- nedostatek nebo narušení deduktivního myšlení („když...tak“);
- nedostatek nebo narušení strategií pro testování hypotéz;
- nedostatečná nebo narušená schopnost plánování;

- nedostatečná nebo narušená internalizace;
- nedostatečná schopnost zpracovávat kognitivní kategorie (dělení do tříd a skupin) (Feuerstein et al., 2006).

Ve třetí etapě kognitivní činnosti neboli **outputu (výstup)** se deficitní kognitivní funkce projevují v dosažených výsledcích řešeného úkolu a v jeho prezentaci. Sleduje se, jak celkový výsledek, tak jeho odůvodnění a prezentace (Valenta et al., 2020). Výčet deficitních kognitivních funkcí pro tuto fázi zahrnuje následující:

- egocentrická komunikace (nedostatečná potřeba jasně sdělovat význam zjištění nebo poskytovat důkazy);
- potíže v představování si virtuálních vztahů; neschopnost restrukturalizace vztahů mezi objekty a událostmi;
- psychické zablokování (Odpovědi: „už nemůžu“, „je to příliš složité“, „já nevím, jak...“);
- odpovědi typu pokus-omyl;
- nedostatek nebo narušení verbálních prostředků potřebných pro vyjádření;
- nedostatečná potřeba preciznosti a přesnosti ve vyjádření;
- obtíže ve vizuálním přenosu (neschopnost udržet v mysli vizuální obraz v průběhu úkolu, ve kterém je potřeba porovnávat, sestavovat model, doplňovat nebo jakkoli jinak využívat vizuální paměť);
- impulsivní, nahodilé, neplánované chování (Feuerstein et al., 2006).

Rozdělení do tří etap může pomoci v rámci diagnostického procesu tím, že lze lépe určit, ve které části mentálního procesu se objevují deficitní kognitivní funkce. Následně může diagnostik přesně pojmenovat deficity a cíleně navrhnout vhodné intervence, které budou rozvíjet právě ty problematické oblasti, tj. deficitní kognitivní funkce (Valenta et al., 2020) a měnit celkovou kognitivní strukturu jedince. V tomto procesu je také velmi důležitá identifikace silných stránek, o které se lze opřít v rámci učení a mohou být využity při rozvoji deficitních kognitivních funkcí. Cílem tedy je nalézt vhodné postupy učení a formy zprostředkování k rozvíjení kognitivních funkcí (Lidz, 2014).

3.4.2. Charakteristický postup vyšetření

Sledování mentálních činností v dynamické diagnostice nejjednodušším stylem probíhá následovně: *pretest – intervence – posttest*. Pretest ukazuje úroveň aktuálních schopností jedince (totožný výsledek, který bychom ve statické diagnostice získali jako výsledný). Následuje intervence, která zkouší vyvolat změny u testovaného a podnítit změny v jednotlivých kognitivních funkcích za pomoci testujícího. V posttestu se posuzuje stupeň a povaha změny ve srovnání s pretestem na stejné úloze. Sleduje se, zda je jedinec schopný přenést naučené postupy z intervence na jiný úkol a dopracovat se k řešení (Lidz, 1991; 2014). Birjandi a Daftarifard (2011) ve výzkumu zjistili, že nejúčinnější fází pro stanovení úrovně kognitivních funkcí je fáze posttestu. V této fázi se odhaluje, jak jedinec dokáže internalizovat zprostředkovaná schémata z intervencí a využít je samostatně. Tato fáze je nejvhodnější pro nastavení vhodných intervencí, které se ve fázi učení osvědčily pro rozvoj jedince.

Sternberg a Grigorenko (2002, p. 27) popsali dva nejběžnější formáty testování v dynamickém přístupu: „sendvičový“ a „dortový“. V „sendvičovém“ formátu testování je intervence zařazena mezi pretestem a posttestem. Zatímco u „dortového“ formátu jsou intervence zařazovány po každé položce.

1. Sendvičový formát

U „sendvičového“ modelu je průběh testování následující: (1) vyšetřovaný splní pretest, jehož výsledek je v podstatě totožný s konečným výsledkem statického testu. (2) Následně je sdělena zpětná vazba na pretest a v případě potřeby je zařazena intervence. (3) Nakonec jedinec absolvuje posttest, který je buď s pretestem úplně shodný, nebo je alternativní. Tento formát lze využít při práci s jednotlivcem i při skupinovém vyšetření. Výhodou vyšetření jednotlivce je, že intervence může být individuálně přizpůsobena, při práci se skupinou absolvují všichni zúčastnění stejnou intervenci (Sternberg & Grigorenko, 2002).

2. Dortový formát

„Dortový“ formát bývá využíván pouze u individuálního testování. Administrátor přistupuje k podání instrukcí nebo intervenci položku po položce testu. Nová položka je vždy pokládána až při úspěšném vyřešení té předcházející. Pokud vyšetřovaný není v řešení položky úspěšný, získá od vyšetřujícího pobídky, jak úkol řešit. Examinátor následně analyzuje, kolik pobídek musel vyšetřovanému poskytnout a jaké byly povahy. Počet návodů je u každého vyšetření variabilní a přizpůsobený klientovi (Sternberg & Grigorenko, 2002).

3.5. Dynamická vs. statická diagnostika

Dynamická diagnostika je protipólem tradiční statické diagnostiky, která je hojně využívána v klinické a poradenské praxi. Dynamické vyšetření, stejně tak jako statické, zjišťuje schopnosti a dovednosti dítěte, a narozdíl od statického se administrátor zapojuje do celého procesu vyšetření a v případě potřeby zahájí intervenci pro daný úkol (Lidz, 2014). Vygotskij (Vygotskij, Cole, Jolm-Steiner, Scribner, & Souberman, 1980) a Rey (Haywood, 2012) se shodují, že klasické (statické) psychologické testování opomíjí u testovaného jedince důležitý aspekt schopností, a tím je schopnost učit se. Dynamický přístup se naopak zaměřuje na učící proces, a není orientovaný pouze na výsledek, jak tomu je u statického přístupu. V této kapitole popíšeme rozdíly mezi oběma typy diagnostických přístupů, jejich postupy a cíle, pozitiva a negativa nebo celkový přínos vyšetření pro dítě a jeho okolí.

Statická diagnostika může obsahovat prvky dynamické diagnostiky a naopak. I přesto můžeme uvést pět hlavních rozdílů mezi těmito přístupy. Uvedené rozdíly jsou podle autorů Feuerstein, Falik, Rand a Feuerstein (2002); Sternberg a Grigorenko (1998; 2002).

1. **Podstata výsledku vyšetření (cíl).** Statické testování předpokládá, že aktuální kognitivní úroveň je daná dosud získanými schopnostmi a vědomostmi, zatímco dynamická diagnostika pohlíží na vyšetření jako na proces, ve kterém jsou variabilní proměnné. Jinými slovy lze říci, že statický přístup se více dotýká rozvinutého stavu, zatímco dynamický přístup se dotýká vývojového procesu a hledá potenciál k rozvoji vyšetřovaného.
2. **Zpětná vazba a komunikace.** Druhý rozdíl je v získávání zpětné vazby v průběhu vyšetření. U statického vyšetření administrátor zadává skupiny úkolů, na které testovaný odpovídá. Odpovědi jsou zaznamenávány bez zpětné vazby, zda je řešení správné nebo nikoliv, a testující neklade žádné otázky, které nejsou v souladu s manuálem. Na rozdíl tomu u dynamické diagnostiky dostává testovaná osoba vždy zpětnou vazbu u každého úkolu. Nejedná se pouze o zpětnou vazbu, ale o celkový proces komunikace, který zahrnuje: reakce na odpovědi, povzbuzování, motivování nebo dotazování na proces vedoucí k odpovědi. V některých úkolech je využita i možnost intervence, u které je také velký prostor pro verbální i neverbální interakci, případně zpětnou vazbu.
3. **Vztah administrátor-testovaný.** Statický přístup využívá tradiční psychometrické nastavení vztahu, při kterém se administrátor drží pokynů z manuálu, neříká nic jiného, aby neovlivnil vyšetření, zaujímá neutrální pozici. Naopak v dynamickém

přístupu se podporuje interaktivní vztah mezi testujícím a testovaným. Pro každého testovaného jedince je situace upravena a přizpůsobena podle jeho potřeb.

4. **Využití nástroje.** Nástroje využívané ve statickém testování nezachycují přesně elementární úroveň schopností a dovedností využívaných v učícím procesu. Hodnotí se pouze na škále úspěch-neúspěch a opomíjí se varianty, kdy by žák dosáhl úspěchu s jen minimální podporou (Fuchs, Fuchs, Compton et al., 2007). Oproti tomu nástroje dynamické diagnostiky jsou citlivější na jakékoli změny, poskytují možnost využití zprostředkovaného učení. V průběhu využívání těchto nástrojů je důležitá komunikace mezi testovaným a testujícím, společné formulování cílů a pochopení podstaty úkolů. Testující klienta edukuje, jak lze již osvojený mechanismus využít v jiné situaci.
5. **Interpretace výsledků.** Statický přístup prezentuje získané skóre podle manuálu v porovnání s referenční skupinou. U dynamického přístupu není jedinec primárně porovnáván s ostatními, ale je hodnocena jeho proměna v průběhu vyšetření. Hodnocení probíhá na základě analýzy správných a chybných odpovědí, procesu, který klienta vedl k odpovědi, účinnosti intervencí, které administrátor využil, a schopnosti přenést získané poznatky z intervence na jiný úkol.

Diagnostický proces hraje důležitou roli v životě dítěte, které nemá „typický vývoj“. Z výsledků vyšetření plynou další důležité aspekty pro jeho edukaci, mohou to být finanční příspěvky, asistence, možnosti institucí, které jej budou vzdělávat, aj. Výsledky, které poskytují testové baterie statických metod jsou pro tyto formální aspekty přínosné. Výsledná zjištění jsou ve formě dosažených maximálních skóre u jednotlivých škál a je možnost dítě klasifikovat nebo mu přiřazovat adekvátní diagnózu. Avšak rodiče i pedagogové vyjadřují nespokojenost s výsledky těchto metod, které uvádějí dysfunkce a limity. Chybí jim možnosti, jak dítě rozvíjet, a jak mu pomoci, aby se zvládlo co nejvíce zapojit do školního prostředí (Lebeer et al., 2011; Lebeer et al., 2013). Ve zprávách z vyšetření často chybí následující aspekty, které jsou zásadní:

1. Orientace na dítě:

- kvalitativní popis toho, jak se žák učí (modality, preference, motivace);
- seznam silných stránek žáka;
- o co se žák zajímá;
- jaké prvky v osobnosti žáka představují bariéry nebo naopak klady.

2. Orientace na vzdělávání:

- jaké modifikace je žák schopen ve výukovém procesu;
- co musí učitel udělat, aby žáka učil;
- jak žák reaguje na výuku;
- jaké činnosti spojené se školou kladou žákovi obtíže a proč;
- jaké jsou skutečné potřeby žáka, aby se mohl výuky účastnit.
- Jaké technické vybavení by žákovi výuku usnadnilo.

3. Orientace na prostředí:

- jaké je prostředí žáka (rodinné zázemí, školní zázemí, kontakt s vrstevníky, možnost podpůrných opatření);
- jaké další zdroje lze najít;
- jaké prvky v prostředí (pedagogické, psychologické, materiální, personální) mohou být posílením nebo překážkou v učícím procesu (Lebeer et al., 2013, pp. 179-180).

Dynamický přístup nahlíží na diagnostický proces odlišným způsobem. V centru zájmu je hledání způsobů, jak je možné klientovi pomoci s obtížemi a najít vhodné intervence, které by jej rozvíjely. Cílem je porozumět jeho celkovému procesu učení, který zahrnuje jednotlivé kognitivní funkce. Klientovi by následně měly být sděleny možnosti pro rozvoj jeho silných i deficitních stránek. Zpráva z vyšetření je velmi rozsáhlá, obsahuje detailní popis diagnostického procesu a četná doporučení pro následnou práci s dítětem. Může také obsahovat popis bodů 1.-3., které jsou výše uvedené jako chybějící u statického vyšetření (Cotrus & Stanciu, 2014; Lebeer et al., 2011; Lebeer et al., 2013; Lidz; 2014). Dynamická diagnostika spíše zdůrazňuje, čeho dítě může dosáhnout (za i bez pomoci) a orientuje se na vývoj dítěte jako individuality v čase. Oproti tomu statický přístup jedincům sděluje, jaké jsou jejich maximální dosažené výsledky v porovnání s vrstevnickou normativní skupinou. Lebeer a kolegové (2013) zdůrazňují, že statický přístup není primárně špatný, avšak je důležité, jak jsou výsledky interpretovány a využity ve prospěch dítěte. Výsledky vyšetření, které uvádí limity dítěte nebo dokonce predikce toho, co již dítě nezvládne, jsou podle Krejčové (2019) neprofesionální.

Zásady jednotlivých přístupů bychom mohli shrnout v následující tabulce (Tabulka 1).

Tabulka 1

Porovnání statického a dynamického přístupu podle Lidz a Gindis (2012).

Statický přístup	Dynamický přístup
1. Zjevná úroveň fungování odhaluje vnitřní schopnosti více či méně přesně.	1. Kognitivní procesy jsou modifikovatelné; cílem vyšetření je zjistit jejich stupeň modifikovatelnosti spíše než zůstat u odhadu zjevné úrovně fungování dítěte.
2. Nejlepším výkonem pro hodnocení je výkon bez pomoci.	2. Interaktivní přístup zahrnující fázi učení poskytuje lepší vhled do mentálních kapacit dítěte oproti přístupu bez fáze učení.
3. Primárním cílem vyšetření je předpovídat budoucí fungování dítěte a klasifikovat jej podle úrovně schopností do příslušných kategorií.	3. Primárním cílem vyšetření je navrhnout psychoedukačních intervencí zaměřených na posílení a realizaci latentních schopností dítěte vztahujících se k učení.

Závěr studie Lebeer a kolegů (2011) ukázal, že pokud jsou statické metody využívány deterministicky a prediktivně, mohou bránit rozvoji učícího procesu u klienta. V ohledu rozvoje zmíněného procesu se jeví jako vhodnější kvalitativně orientované dynamické metody, které poskytují řešení pro rozvoj dítěte. Dynamické metody také přispívají k pochopení potřeb dítěte v rámci učení a rozvoje. Interpretace a diskuze o výsledcích z těchto metod vede k návrhům adekvátních intervencí, které mohou být pro dítě výzvou v osobním rozvoji.

3.6. Dynamická diagnostika u poruch attachmentu

Dynamická diagnostika je hojně využívána u dětí s předpoklady vzniku poruch učení nebo při celkovém vývojovém opoždění, aby byly zjištěny konkrétní deficitní oblasti a mohly být zahájeny intervence (Krejčová, 2019; Lidz, 2014). V kapitole o attachmentu jsme uvedli, že několik výzkumných zjištění ukazuje, že děti s PA mají následkem špatného zacházení oslabenou pozornost, jazykové schopnosti, inteligenci nebo exekutivní funkce (Goldstein & DeVries, 2017). V této kapitole uvedeme kazuistiky dětí, které byly v ústavní výchově a byly vyšetřeny jak statickou, tak dynamickou diagnostikou.

Lidz a Gindis (2012) uvádějí příklad využití dynamického testování u adoptovaného chlapce ze sirotčince ve věku 5 let a 4 měsíce. Chlapec byl adoptován ve věku 2 roky a 9 měsíců s diagnostikovanou pervazivní vývojovou poruchou. Pokud chlapec pracoval samostatně, dosahoval vysokých skóre v oblastech kognitivních funkcí. Tento výsledek ukázal pretest v dynamickém testování, stejně tak statický test. Dynamická diagnostika odhalila, že se chlapec problematicky zapojuje do sociálních interakcí. Pokud měl pracovat s administrátorem v rámci intervence, jeho sociální neangažovanost mu bránila ve spolupráci a dosahoval nižších výsledků, než když pracoval samostatně. I přesto, že statická metoda ukázala poměrně dobré kognitivní výsledky, přínosem dynamické metody bylo odhalení problematické oblasti u chlapce, kterou byla sociální komunikace a symbolické myšlení. Stadium symbolických funkcí, které Piaget (1970) vymezuje pro věkové období 2-4 roky, u chlapce nebylo rozvinuté (předměty v rámci hry nedokázal využívat symbolicky) (Lidz & Gindis, 2012).

Dívka 4 roky a 9 měsíců, která byla adoptovaná ve 3 letech a 10 měsících s diagnostikovanou poruchou učení a vývojovou dysfázií, vykazovala odlišné chování oproti chlapci uvedenému výše. Pokud pracovala samostatně, tak se ztrácela v úkolu nebo zcela správně nepochopila instrukce. Naopak sociální zapojení bylo na velmi dobré úrovni a při práci s examinátorem v rámci intervence pochopila zadané instrukce lépe, i přesto byla změna v celkovém výsledku minimální. U dívky se nezměnila struktura kognitivních funkcí a sestávala v naučeném schématu z dřívějších zkušeností. Výhodou dynamické diagnostiky je, že dokáže zmapovat potřebnou hloubku potíží a cíleně navrhnout intervence pro zlepšení (Lidz & Gindis, 2012).

U obou zmíněných příběhů můžeme pozorovat, že dynamická diagnostika odhalí více informací o dítěti a jeho chování než statický test, který se zaměřuje pouze na změření výsledků v určité oblasti.

4. Metoda ACFS

V této kapitole se čtenář seznámí s konkrétní metodou dynamické diagnostiky, kterou je ACFS. Uvedeme základní východiska metody, její charakteristiky, způsob administrace, aj., jelikož ji využíváme v empirické části práce pro sběr dat o kognitivním vývoji předškolních dětí umístěných v ústavní výchově.

ACFS (Application of Cognitive Function Scale) vyvinutá autorkou Lidz je určena pro dynamické hodnocení dětí v předškolním věku; 3-5 let. Jedná se o dynamickou diagnostiku *založenou na kurikulu* (Curriculum-based dynamic assessment – CBDA), která cílí na propojení diagnostiky kognitivních funkcí s výukovým procesem. Tím dokáže přesněji identifikovat klíčové deficity kognitivních funkcí, které vytvářejí předpoklady pro osvojení trivía, a pedagogům poskytnout vhodně nasměrované intervence pro rozvoj právě daného deficitu v procesu učení. Autorka reagovala na situace, kdy pedagogičtí pracovníci měli problémy s pochopením závěrů psychologického vyšetření, ve kterém byly popsány jednotlivé kognitivní deficity, avšak chyběly informace, jak je rozvíjet. Metoda je sestavená tak, aby sledovala především kognitivní procesy spojené s osvojováním trivía: čtením, psaním, počítáním (Haywood & Lidz, 2006; Lidz, 2014).

4.1. Formát a průběh vyšetření

Metoda ACFS využívá formát sendviče (Sternberg & Grigorenko, 2012), který jsme popsali v kap. 3.3.2. V průběhu vyšetření se dodržuje forma **pretest – intervence – posttest**. Na základě výsledku pretestu diagnostik vyhodnotí, zda je vhodné přistoupit k intervenci, či nikoliv. V intervenci je využíváno MLE, kdy diagnostik společně s vyšetřovaným rozvíjí adekvátní kognitivní funkce uplatňující se v daném typu úlohy. Cílem je kognitivní strukturální změna a schopnost přenést naučené mechanismy do dalších situací, ať testových, nebo běžně se vyskytujících v životě. Uplatňuje se reciprocita, transcendence i zprostředkování významu (Lidz & Gindis, 2012). V průběhu této fáze je důležité sledovat formu a intenzitu intervence, na kterou dítě kladně zareagovalo a přispěla ke změně. Je důležité znát přesnou úroveň toho, kdy dítě zvládne úkol samo a kdy potřebuje vedení. Záleží také na formě vedení, některému dítěti stačí pouze doptávání nebo odlišná formulace pokynů, jiné dítě potřebuje společnou práci pro úspěšné splnění úkolu. Následuje posttest, u kterého se ověřuje, jak účinná byla intervence, a zda došlo k rozvoji kognitivních funkcí a případné změně struktury. Důležité je srovnání pretestu a posttestu a zhodnocení celého průběhu učení (Lidz 1991; Lidz, 2014).

V průběhu testování se využívá **Škála pozorování dítěte**, kam jsou zaznamenávány afektivní, motivační a metakognitivní projevy nebo změny dítěte (Lidz, 2014). Škála je vyvinuta i pro učitele a jiné profesionály pracující s dítětem, kteří mohou zaznamenat rozdíl chování dítěte ve školce, na terapii a na diagnostickém vyšetření. Hodnotící dimenze jsou následující: **seberegulace, vytrvalost, tolerance a frustrace, flexibilita, motivace, interakce, odezva na examinátora** (Haywood & Lidz, 2007; Lidz & Gindis, 2012). Projevy lze hodnotit na stupnici A-D, přičemž A-C ukazují stupeň výskytu projevu určitého chování a D znamená, že se dané chování nevyskytlo vůbec (Lidz, 2014).

Důležitým bodem vyšetření metodou ACFS je sepsání závěrečné zprávy, která obsahuje informace z vyšetření. Obsah může být následovný:

- popis zvolených intervencí diagnostikem a jejich účinnost;
- návrh dalších intervencí, které mohou v rámci MLE poskytovat rodiče, učitelé, vychovatelé v interakci s dítětem;
- intenzita a forma intervence, aby byla účinná;
- popis reakcí dítěte a toho, co jim předcházelo;
- popis situace, kdy je vhodné k intervenci přistoupit (např. dovysvětlení pokynů před úkolem; dovysvětlení pokynů v průběhu úkolu, který se nedaří; společná práce, pokud se dítěti nedaří pracovat samostatně);
- popis silných i deficitních stránek;
- průběh spolupráce s dítětem;
- další aspekty z pozorování a dalších klinických metod (Lidz, 2014).

Metoda ACFS je určena pro individuální diagnostiku. Autorka vzhledem k věku testovaných dětí předpokládá časovou náročnost 1 hodinu. V českém manuálu je uvedeno 1–2 hodiny, podle kvality spolupráce s dítětem, věku, počtu a délce intervencí a množství využitých subtestů. Průběh a skórování metody klade velké nároky na administrátora, i z tohoto důvodu je nutné prvotní zaškolení před začátkem využívání metody (Lidz, 2014).

4.2. Subtesty ACFS

ACFS se skládá ze 6 subtestů (4 hlavní a 2 doplňkové). Doplňkové subtesty se zadávají s ohledem na věk, čas a cíl vyšetření a jsou více závislé na řečových dovednostech. Základní škály zjišťují schopnost kategorizace, zrakovou i sluchovou paměť a porozumění sekvencím spojených s vizuálním vnímáním. Doplňkové škály zjišťují schopnost dítěte nahlížet na

situaci z perspektivy druhého člověka a porozumění sekvencím spojených s verbálními schopnostmi. Následně uvedeme detailnější popis škál:

1. Třídění

Tato škála sleduje schopnost kategorizace předmětů podle určitých charakteristik. Dítě musí zaměřit pozornost pouze na jednu požadovanou charakteristiku a opomíjet ostatní. Je vyžadována určitá míra abstrakce; identifikace jednotlivých charakteristik podnětů a jejich vzájemné porovnání; dodržení cíle zadaného úkolu a celkové důsledné zpracování. Třídění probíhá podle kritérií: dle barvy, tvaru, velikosti. Kategorizace podle velikosti je pro děti nejobtížnější a rozvíjí se až v pozdějším věku (Lidz, 2014).

Intervence probíhá na jiném podnětovém materiálu, kterým jsou magnety různých barev a tvarů. Následný posttest využívá opět kostky z pretestu (Lidz, 2014).

2. Sekvenční sluchová paměť

Tato škála sleduje úroveň sluchové paměti při zapamatování příběhu, který je dítěti prezentován. Administrátor sleduje, kolik detailů si dítě dokáže zapamatovat a reprodukovat. Dále sleduje, zda je u reprodukce dodržena sekvence příběhu. Následně se administruje tzv. „Oddálené sluchové vybavení“, kdy dítě dostane pokyn pro vybavení příběhu až po dalším hotovém subtestu (cca. po 15-20 minutách) (Lidz, 2014).

Intervence probíhá s barevnými magnety a tabulí na principu vizualizace slyšeného. Dítě má za úkol při čtení příběhu vybírat magnety symbolizující jednotlivé postavy příběhu a následně (případně s dopomocí administrátora) s nimi příběh přehrát. Využívá se zrakového vnímání. Posttest probíhá stejně jako pretest: reprodukce čteného textu (Lidz, 2014).

3. Krátkodobá vizuální paměť

Třetí subtest sleduje vizuální mechanickou paměť. Administrátor hodnotí zapamatování a vybavení příběhu a také způsob práce dítěte (jak si organizuje materiál, a jaké techniky pro zapamatování využívá) (Lidz, 2014).

Intervence probíhá s jiným podnětovým materiálem na stejném principu. Dítě se učí techniky, jak si efektivněji materiál rozřadit pro snadnější zapamatování i vybavení (např. za využití kategorizace, počítání obrázků, opakování názvů, pozorování detailů, kódování místa ležícího obrázku). Pokud je dítě schopné využít kategorizace bez nutnosti intervence, ačkoli u prvního subtestu byla intervence nutná, mohlo dojít v rámci subtestu Třídění

k modifikaci kognitivní struktury a dítě dokázalo přenést naučený mechanismus do další situace, což je diagnosticky velmi cenná informace. Posttest probíhá na stejném materiálu jako pretest (Lidz, 2014).

4. Doplnování sekvenčních vzorců

Tento subtest sleduje schopnost uvědomit si sekvence a serialitu. U dítěte se sleduje, jak dokáže nakládat s více aspekty a zohledňovat je v uvědomění si sekvence. Dítě je vyzváno k odůvodnění svého řešení, administrátor chce, aby pojmenovalo tvar / barvu / velikost. Tyto tři charakteristiky se opakují z prvního subtesu Třídění. Zkoumá se, jestli je dítě dokáže dál využít (Lidz, 2014).

Intervence probíhá mnoha různými způsoby, ale vždy je nutné uplatňovat sekvence. Např.: malování – kolečko, čárka, kolečko, čárka; tleskání – nahoře, dole, nahoře, dole; verbální intervence: táta, máma, táta; míč hodím holčičce, chlapečkovi, holčičce; motorika: sed, vztyk, leh, sed, vztyk, leh, sed, vztyk. Posttest probíhá na stejném materiálu a úkolu jako pretest (Lidz, 2014).

5. Přejímání perspektivy (doplňková škála)

Tento subtest sleduje schopnost dítěte vcítit se do přemýšlení druhé osoby. Dále se sleduje verbální projev (slovní zásoba, přesnost popisu, výslovnost), neverbální projev (Lidz, 2014).

Intervence probíhá tak, že administrátor si s dítětem vymění role a obrázek popisuje sám. Ukazuje dítěti, jak se lze vcítit do myšlení druhého, a jak lze obrázek popsat, aby tomu druhý člověk porozuměl. Následně s dítětem zrekapituluje efektivní strategie. Posttest probíhá na jiném obrázku, než probíhal posttest a intervence (Lidz, 2014).

6. Verbální plánování (doplňková škála)

Tento subtestu sleduje serialitu podobně jako čtvrtý subtest, avšak je zde kladen důraz na verbální pojmenování. Sleduje se také, jak je dítě orientováno v každodenních činnostech, a jak je schopné je smysluplně popsat (sekvence, adekvátní slovní obraty, detaily). Např. dítě popisuje, jak probíhá příprava svačiny (Lidz, 2014).

Intervence probíhá s kartičkami, na kterých je vyobrazený komiksový příběh v sekvenci od začátku do konce. S dítětem administrátor příběh popíše a libovolně může popsat jinou činnost. V posttestu dítě popisuje situaci z pretestu (Lidz, 2014).

4.3. ACFS-cz

V České republice je využívána verze ACFS-cz, která vznikla v rámci lokalizace metody na české populaci v roce 2014, kterou koordinovala Krejčová. Do českého jazyka je překládána jako *Dynamická diagnostika kognitivních funkcí u dětí*. Od anglického manuálu se v některých částech liší (například zadání instrukcí některých úloh) z důvodu co největšího přizpůsobení české populaci. Avšak škály a základní parametry metody jsou shodné s originální verzí. Původní verze ACFS je vystavěna na americkém kurikulu. U lokalizace ACFS-cz se ukázalo, že pro posouzení předškolního vývoje a školní připravenosti ji lze využít i v českých podmínkách. Využívána je pro děti od 3 do 6 let (Lidz, 2014).

5. Metoda Woodcock-Johnson IV. COG

V této kapitole popíšeme druhou psychodiagnostickou metodu, která je využívána v empirické části diplomové práce pro sběr dat. Metoda Woodcock-Johnson IV COG (dále jen WJ IV) obsahuje testy kognitivních schopností, na jejíž čtvrté aktualizaci se podíleli autoři Schrank, McGrew a Mather (2014) na základě předchozích verzí testů sestavených Woodcockem a jeho kolegy (Woodcock & Johnson, 1977; 1989; Woodcock, McGrew & Mather, 2001/2007). WJ IV se řadí mezi klasické psychometrické testy využívající statický přístup diagnostiky kognitivních schopností. Cílem je získat komplexní výsledky o rozumových schopnostech a školních dovednostech, které lze porovnat s normou adekvátní populace (Mather & Wendling, 2014). Test je koncipovaný pro osoby ve věku od dvou do osmdesáti let, avšak české normy jsou uvedeny pro věk pět až šedesát let. Ve výzkumné části pracujeme s českou adaptací testu, kterou koordinovali autoři Furman, Krejčová, Laciga, Urbánek a Víchová (Mather & Wendling, 2014)¹. V následujících odstavcích budeme popisovat metodu z české adaptace, která se mírně liší od americké originální verze. Upravené jsou především verbální subtesty.

5.1. Subtesty Woodcock-Johnson IV COG

Metoda obsahuje 18 testů, přičemž každý měří jiný aspekt kognitivních schopností (obecná inteligence; úzké kognitivní schopnosti; školní doménově specifické vloh; přidružené aspekty kognitivního fungování [McGrew, LaForte, & Schrank, 2014]). V testovém materiálu je k dispozici deset testů ze standardní baterie a osm testů z rozšířené baterie. U klasického vyšetření se nejčastěji využívá prvních sedm testů ze standardní baterie a podle potřeb může administrátor využít jakékoli další testy. Testy jsou na sobě nezávislé a mohou být administrovány v jakémkoli pořadí. Celkově metoda poskytuje široký obraz o kognitivních schopnostech jedince. Pro interpretaci je důležité hodnotit klastry, ve kterých se spojuje několik testů měřících podobný rys (Schrank et al., 2014). Výčet testů i klastrů je uveden na Obrázku 6.

¹ Česká verze manuálu WJ IV byla publikována v roce 2019, avšak v souladu s tiráží manuálu bude užito vročení původní citace americké verze manuálu z roku 2014, protože jiný rok není v české verzi manuálu uveden.

			Kognitivní komponenty				CHC Faktory				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Ověřené inteligence (G/A)				Kombinovaný skóre GF-Gc				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Potřeba - Znalosti (Gc)				Krátkodobá pracovní paměť (Gwm)				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Rychlost kognitivního zpracování (Gc)				Dlouhodobá pracovní paměť (Gwm)				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Vizuální zpracování (Gv)				Kvantitativní uvažování (Gv)				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Rozsah auditivní paměti (MS)				Rychlost vnímání (P)				Úzká schopnost a další klinické klustery			
			Slovní zásoba (VL)				Kognitivní efektivita				Úzká schopnost a další klinické klustery			
Standardní baterie	COG 1	Slovník	■	■	■	■								
	COG 2	Číselné řady	■	■	■	■								
	COG 3	Verbální pozornost	■	■			■							□
	COG 4	Hledání písmen	■				■						■	■
	COG 5	Fonologické zpracování	■				■							
	COG 6	Reprodukce příběhů	■				■							
	COG 7	Vizualizace	■					■						
	COG 8	Všeobecné znalosti		■	■									
	COG 9	Formování konceptů		■	■									
	COG 10	Obrácené číselné řady				■						■		■
Rozšířená baterie	COG 11	Hledání čísel										■	■	□
	COG 12	Opakování pseudoslov						■						
	COG 13	Audio-vizuální učení						■						
	COG 14	Rozpoznávání obrázků						■						
	COG 15	Analýza - Syntéza			■				■					
	COG 16	Řazení názvů a čísel			■									
	COG 17	Vyhledávání dvojic				■								
	COG 18	Paměť na slova								■				
Baterie mluveného jazyka	OL 1	Obrázkový slovník			■								■	
	OL 5	Opakování vět								■				

■ Testy nezbytné pro vybraný klastř ze seznamu.
□ Doplnkové testy nezbytné pro rozšířený klastř ze seznamu.

Obrázek 6. Testy a klastry v české adaptaci metody Woodcock-Johnson IV COG (Mather & Wendling, 2014, p. 14).

Pro potřeby výzkumné části jsme využili pouze čtyři testy z metod WJ IV, které následně popíšeme. Jsou jimi:

1. Verbální pozornost: test 3

Tento subtest měří krátkodobou pracovní paměť (*Gwm*), někdy označovanou jako verbální pracovní paměť. Přes verbální pozornost lze sledovat využití kritických schopností, které jsou potřebné pro správnou funkci pracovní paměti (kontrola pozornosti), která je často označována jako kontrolní exekutivní funkce. Test se opírá o auditivní zpracování. Testovanému je puštěna zvuková nahrávka, která obsahuje sekvenci názvů zvířat a čísel. Následně je testovaný jedinec dotázán na určitý prvek z nahrávky (např.: „Řekněte mi zvíře mezi čísly dva a pět.“). Na odpověď je vyhrazen časový limit 30 vteřin. Administrátor

hodnotí správnou odpověď jedním bodem, nesprávnou odpověď nula body (Mather & Wendling, 2014).

2. Vizualizace: test 7

Vizualizace se skládá ze dvou částí: Prostorové vztahy a Rotace s kostkami. Obě části měří schopnost vizualizace, která je součástí vizuálního zpracování (G_v). Úkolem testovaného v prostorových vztazích je identifikovat dvě nebo tři části, které společně utváří vzorový tvar. U rotace s kostkami je úkolem identifikovat dvě kostky, které jsou totožné se vzorem, avšak jsou jinak otočené. U obou úloh postupně stoupá náročnost. V testu se uplatňuje vizuální zpracování, schopnost identifikovat tvary, třídít a vyřazovat některé objekty (Mather & Wendling, 2014).

3. Rozpoznávání obrázků: test 14

Tento test měří vizuální paměť na obrázky, která je součástí vizuálního zpracování (G_v). Testovanému je předloženo na 5 vteřin několik černobílých obrázků stejné kategorie (např. pět různých psů). Následně je jeho úkolem rozpoznat zapamatované objekty mezi nově předloženými obrázky, které obsahují distraktory (další obrázky stejného druhu, např. jiní tři psi). Testuje se, jak přesně si jedinec zapamatovává obrázky i s detaily, aby si je následně dokázal vybavit a rozpoznat (Mather & Wendling, 2014).

4. Analýza – Syntéza: test 15

Analýza – Syntéza měří fluidní inteligenci testovaného jedince (G_f). Test se zabývá obecným sekvenčním uvažováním. V tomto testu administrátor poskytuje testovanému zpětnou vazbu na správnost či nesprávnost odpovědi a tím vytváří prostor pro kontrolované učení. Měří se schopnost uvažovat a vyvozovat závěry z daných podmínek. Úkol zahrnuje učení se matematickým systémům, přičemž testovanému není smysl úkolu sdělován. V tomto testu jsou dána pravidla (vzor), která jsou promítnuta na každé straně, podle nichž testovaný vyvozuje závěr. Subtest pracuje s barvami, předem je tedy žádoucí ověřit si, zda testovaná osoba umí rozpoznat všechny barvy (Mather & Wendling, 2014).

5.2. Formát a průběh vyšetření

Standardizované testování umožňuje porovnání výsledků jedince s normativní skupinou. Aby byly výsledky co nejvíce objektivní, validní, reliabilní a porovnatelné, existují u tohoto přístupu přesné pokyny pro zadávání jednotlivých úkolů. Administrátor také odpovídá na

otázky pouze v rozsahu, jaký je uveden v manuálu. V průběhu vyšetření oslovuje probanda jménem, povzbuzuje ho, využívá slova jako „dobře“, „paráda“ po jednotlivých odpovědích. Po většinu času zaujímá administrátor neutrální postoj a nerozlišuje své reakce podle toho, zda testovaný odpověděl správně nebo špatně. Výjimkou jsou pouze tři testy, ve kterých proband získá zpětnou vazbu na svoji odpověď a tím probíhá kontrolované učení (Mather & Wendling, 2014).

Vyšetření metodou WJ IV probíhá pouze individuálně. Administrace prvních sedmi testů trvá přibližně 35 minut a při využití jakéhokoli dalšího testu se připočítává 5 minut. Délka celého vyšetření je závislá na množství využitých testů, zkušenostech administrátora, tempu probanda a dalších okolnostech. V průběhu testování lze využít ***záznam o pozorování chování testované osoby***, který umožňuje zaznamenat pozorování v sedmi kategoriích (úroveň komunikace; úroveň spolupráce; úroveň aktivity; pozornost a koncentrace; sebedůvěra; způsob vyjadřování odpovědí; reakce na náročné úkoly). Tato škála si klade za cíl systematizovat a zdokumentovat pozorování administrátora (Mather & Wendling, 2014).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Metodologický rámec

6.1. Východiska výzkumu

V teoretické části jsme uvedli dvě stěžejní témata, která se propojují v empirické části práce. Jsou jimi poruchy attachmentu a kognitivní vývoj v předškolním věku. Dále jsme se věnovali problematice diagnostiky kognitivních funkcí v různých formátech.

Nedohledali jsme relevantní výzkumy zabývající se účinností dynamické diagnostiky v porovnání se statickou diagnostikou u jedinců s poruchami attachmentu. Uvedli jsme kazuistiku dětí (Lidz & Gindis, 2012), které absolvovaly ústavní výchovu a následně u nich byla porovnána využitelnost statické a dynamické diagnostiky. Avšak nesetkali jsme se s výzkumem, kde by se explicitně jednalo o jedince s poruchou attachmentu, u kterých by byl rozdíl mezi přístupy obou druhů testování zkoumán.

Výzkumný projekt vychází z předpokladu, že raná institucionalizace vede k oslabení kognitivního výkonu, problémům v sociální i emoční oblasti. Dalším východiskem je, že součástí oslabeného kognitivního vývoje je výskyt kognitivních deficitů, poruch učení nebo poruch řečového vývoje (Loman et al., 2009). Kognitivní deficit má tendenci přetrvávat i po umístění dítěte z instituce do rodinného prostředí (Goldfarb, 1945; Loman et al., 2009; Smyke et al., 2007). Významným podkladem pro empirickou část je také zjištění na neurofyzilogické úrovni a s tím spojené projevy v kognitivní oblasti. Např. výsledky výzkumu Perry a Pollard (1997), které ukazují, že zanedbávané děti mají menší mozek a změny na mozkové kůře, která je významným centrem pro kognitivní funkce.

V návaznosti na uvedená teoretická východiska předpokládáme, že dynamická diagnostika zjistí hlubší a detailnější informace o vývoji dítěte než statické testování. Dále by z dynamické diagnostiky mohly vyplynout návrhy vhodných intervencí, které by rozvíjely testovaného jedince v návaznosti na zjištěné deficitní oblasti. Neméně významným předpokladem je, že dynamické vyšetření by pro dítě s PA mohlo být méně stresující (examinátor je v celém procesu zapojený, komunikuje s dítětem, oceňuje jej a pomáhá vyřešit úkol) oproti statickému vyšetření, kde examinátor nereaguje a může prohlubovat strach u testovaného, zda odpovídá správně. Uvedli jsme, že děti s PA mohou mít zvětšenou amygdalu (Lyons-Ruth et al., 2016), a tedy prožívají strach a úzkost i v situacích, ve kterých tyto emoce běžná populace nezažívá. Takovou situací může být i psychologické vyšetření. Předpokládáme tedy, že výsledky dynamické diagnostiky by mohly být méně ovlivněny tímto strachem a tím by mohly přinést cennější poznatky o dítěti.

6.2. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce je:

- porovnat využitelnost výstupů komplexních výsledků statické a dynamické diagnostiky u dětí s poruchou attachmentu v předškolním věku;
- porovnat vhodnost těchto dvou diagnostických přístupů u zmíněné cílové populace a zmapovat, ze kterého přístupu vyplývají vhodnější návrhy intervencí, které by přispěly k rozvoji dítěte.

6.3. Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě teoretických poznatků uvedených v teoretické části práce si pokládáme dvě hlavní výzkumné otázky, které obsahují dílčí hypotézy. Předpokládáme, že výsledky pretestu metody ACFS-cz nebudou v porovnání s výsledky metody WJ IV vykazovat statisticky signifikantní rozdíly. Toto očekávání podkládáme tvrzením Tzuriela (2000), který uvádí, že výsledek *pretestu* dynamické diagnostiky je shodný s konečným výsledkem diagnostiky statické. Statisticky signifikantní rozdíly očekáváme u výsledků *posttestu* ACFS-cz v porovnání s výsledky WJ IV. Výsledky posttestu jsou ovlivněné intervencí s předpokladem odhalení kognitivního potenciálu dítěte, který se může v posttestu prokázat lepšími výsledky. Předpokládáme, že děti s PA umístěné v ústavní výchově mohou v pretestu ACFS-cz a konečném výsledku WJ IV vykazovat nižší získaný skóre vlivem chudšího podnětného prostředí (IJzendoorn et al., 1995; Nelson et al., 2007). Působení intervence by mohlo odhalit kognitivní potenciál dítěte, který by se projevil v posttestu ACFS-cz (Lidz, 2014).

Výzkumné otázky a hypotézy jsou následující:

- VO1: Jaké jsou rozdíly mezi výstupy statické a dynamické diagnostiky u dětí s poruchou attachmentu v předškolním věku?
 - H1a: Výsledky v oblasti kategorizace získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.
 - H1b: Výsledky v oblasti krátkodobé auditivní paměti získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.

- H1c: Výsledky v oblasti krátkodobé vizuální paměti získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.
- H1d: Výsledky v oblasti vnímání vizuálních sekvencí získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.
- VO2: Jaký význam má využití dynamické diagnostiky pro další intervence u dítěte s poruchou attachmentu v předškolním věku, u kterého jsou zjišťovány kognitivní schopnosti?
 - H2a: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti kategorizace získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.
 - H2b: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti krátkodobé auditivní paměti získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.
 - H2c: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti krátkodobé vizuální paměti získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.
 - H2d: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti vnímání vizuálních sekvencí získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.

7. Metodologický design

7.1. Typ výzkumu

V této diplomové práci je využit kvantitativní design výzkumu. Sběr dat probíhal využitím dvou testových baterií, kterými jsou: ACFS-cz a WJ IV. Design výzkumu byl využit z důvodu možnosti statistického zpracování dat a prokázání signifikantních rozdílů mezi metodami.

7.2. Metody získávání dat

Obě testové metody, kterými probíhal sběr dat, jsou zacíleny na měření kognitivních funkcí, avšak každá využívá jiný diagnostický přístup. Metoda ACFS-cz spadá mezi metody dynamické diagnostiky a WJ IV naopak využívá klasický statický přístup psychologického testování. Administrace obou metod trvala 1,5 – 2 hodiny s krátkou přestávkou mezi metodami. Podrobnější popis metod jsme představili v kapitole 4 a v kapitole 5 v teoretické části práce. Nyní uvedeme pouze informace, jak byly metody využity ve výzkumu a jejich psychometrické charakteristiky.

7.2.1. ACFS-cz

V rámci výzkumu byly využity škály: 1. Třídění; 2. Sekvenční sluchová paměť; 3. Krátkodobá vizuální paměť a 4. Doplnování sekvenčních vzorců. V případě potřeby byla v každé škále využita intervence mezi pretestem a posttestem.

7.2.1.1. Validita metody

Prvním bodem zkoumání konstruktové validity u dynamického testování ACFS je posuzování signifikantních změn mezi pretestem a posttestem. Shurin (1999) prokázala tento typ validity u následující škál, resp. subtestů: Třídění; Doplnování sekvenčních vzorců; Přejímání perspektivy a Verbální plánování. Lidz (2000 in Lidz & Elliot, 2000) prokázala tento typ validity i u paměťových škál. Vzorek její studie zahrnoval pouze nadprůměrně nadané děti. Otázkou je, zda by takto mohly být rozlišovány děti nadané a děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Druhý bod výzkumu konstruktové validity se zabývá tím, zda změna mezi pretestem a posttestem je výsledkem intervence. Studie Benssousan (2002) a Malowitsky (2001) ukázaly, že pouze děti, které absolvovaly intervenci, vykazovaly kladnou změnu mezi pretestem a posttestem. V Českém prostředí tuto změnu potvrdila Drápalová (2014). Otázky

ohledně kritériální validity, především prediktivní, tedy zda dokáže metoda ACFS předvídat kognitivní vývoj dítěte zatím nemají signifikantní výzkumné doložení. Stejně tak zkoumání souběžné validity – korelace s jiným testem měřící shodné kritérium (Lidz & Gindis, 2012).

Otázkou diskriminační validity je, zda metoda ACFS dokáže rozlišovat kognitivní fungování mezi dětmi v různých diagnostických kategoriích. Levy (1999) prokázala, že vývojově opožděné děti dosáhly zlepšení ve všech subtestech kromě Vizuelní paměti, oproti typicky vyvíjejícím se dětem. Toto zjištění je podpořené Shurin (1999), která také uvádí deficity v paměťových subtestech u vývojově opožděných dětí, a mohlo by sloužit v rámci diferenciální diagnostiky.

7.2.1.2. Reliabilita metody

Stanovení reliability u dynamické diagnostiky je velmi obtížné. Nelze vypočítat Cronbachův koeficient **vnitřní konzistence**, protože jednotlivé škály metody obsahují pouze jednu úlohu a každá škála měří jinou vlastnost. Z tohoto důvodu nelze využít ani metodu **Split-half**. Nelze využít ani metodu **test – retest**, protože předpokladem testu není stabilita v čase mezi pretestem a posttestem, ale naopak se očekává změna vlivem intervence (Lidz, 2014; Urbánek, 2011).

Reliabilita byla zkoumána u hodnotící škály. Shurin (1999) prokázala reliabilitu škály pozorování dítěte, která se využívá pro hodnocení dítěte v průběhu testování. Srovnávala výsledek posttestu s chováním dítěte v průběhu intervence. Nejvyšší korelace se ukázaly u flexibility, vytrvalosti a frustrační tolerance. Další studie reliability využila shody posuzovatelů v rámci Škály pozorování dítěte (Aranov, 1999). Prokázala se významná shoda mezi posuzovateli především ve škálách seberegulace, interakce, motivace a responsivity; slabší shoda byla u škály flexibility. Stabilitu testu hodnotily studie Benssousan (2002) a Malowitsky (2001), které prokázaly, že výsledky opakovaného zadání pretestu i posttestu totožnému dítěti, které neabsolvovalo intervenci, jsou neměnné.

Ačkoli je reliabilita těžko změřitelná, výzkumy dokazující validitu podporují využití testu jako signifikantní metody. V diplomové práci Drápalová (2014) prokázala, že metoda ACFS-cz je spolehlivým nástrojem pro měření kognitivních funkcí na České populaci.

7.2.2. Woodcock-Johnson IV COG

Z metody WJ IV byly využity pouze čtyři testy. Byly vybrány tak, aby co nejlépe odpovídaly svými charakteristikami škálám metody ACFS-cz. Z WJ IV byly využity: 7: Vizualizace;

3: Verbální pozornost; 14: Rozpoznávání obrázků a 15: Analýza – Syntéza. Tabulka 2 přehledně uvádí využití testů obou metod.

Tabulka 2

Využití paralelní škály a testy z metod ACFS-cz a Woodcock-Johnson IV COG.

ACFS-cz	W-J IV.
1) Třídění	7. Vizualizace
2) Sekvenční sluchová paměť	3. Verbální pozornost
3) Krátkodobá vizuální paměť	14. Rozpoznávání obrázků
4) Doplnění sekvenčních vzorců	15. Analýza a Syntéza

7.2.2.1. Validita metody

Testy jsou navrženy tak, aby samostatně měřily jednu úzkou schopnost v souladu s Cattell-Horn-Carollovou (CHC) teorií. Celkově baterie testů poskytuje komplexní přehled o úzkých schopnostech jedince. Toto tvrzení podporují McGrew a Wendling (2010), kteří uvádějí, že většina kognitivních schopností důležitých pro porozumění akademickému úspěchu jsou právě úzké schopnosti CHC. Baterie je koncipovaná tak, aby měřila oblasti kurikula, jazykové kompetence a školní dovednosti. Výsledky zkoumání obsahové validity založené na metodě multidimenzionálního škálování ukazují na širokou obsahovou strukturu. Nástroj WJ IV je validní pro měření kognitivních funkcí (McGrew, 2005).

Konstruktová validita testu je sledována především vzhledem k CHC teorii. Důkazy o konstruktové validitě poskytují interkorelace mezi testy a klastry. Mezi testy, které měří stejnou schopnost, např. u (*Gc*) – Porozumění – Znalosti se korelace pohybuje v rozmezí 0,62 až 0,70. Zatímco mezi testy měřícími různé schopnosti je korelace nižší, např. (*Gc*) a (*Gf*) - Rychlost kognitivního zpracování je korelace od 0,26 do 0,32. Souběžná validita s jinými testy byla zkoumána vzhledem k několika testům měřícím stejná kritéria. Pro představu uvedeme porovnání s Wechslerovy testy. Výsledkem byla hodnota korelace 0,86 v porovnání WJ IV a WISC-IV a hodnota korelace 0,84 u porovnání WJ IV s WAIS-IV (McGrew et al., 2014).

Analýza důkazů o validitě provedená analýzou hlavních komponent, shlukovou analýzou a multidimenzionálním škálováním v české adaptaci ukázala, že se stoupajícím věkem slábnou souvislosti mezi jednotlivými testy. Autoři toto zjištění interpretují ve dvou

rovinách. (1) nestejnoměrným poklesem obecného intelektu; (2) nestejnoměrným poklesem rychlosti zpracování informací (McGrew et al., 2014).

7.2.2.2. *Reliabilita metody*

Pro popis reliability testu je důležité zmínit, že WJ IV je postaven na teorii odpovědi na položku (IRT). Raschovská analýza poskytuje odhad chyby měření každého skóru a tím umožňuje uživatelům testu srovnat hodnoty standardních chyb měření všech testů na společné škále ve všech věkových úrovních (McGrew et al., 2014).

Reliabilita byla vypočítána pro všechny testy ze standardní i rozšířené baterie WJ IV pro všechny věkové skupiny, u kterých může být test využit. V Tabulce 3 jsou uvedeny typické hodnoty koeficientů reliability při různých velikostech vzorku v 68% intervalu spolehlivosti (McGrew et al., 2014). Následně uvedeme detailní výsledky o reliabilitě pouze u využitých testů WJ IV v empirické části.

Tabulka 3

Intervaly spolehlivosti v rozpětí ± 1 standardní chyba měření pro vybrané hodnoty reliability a velikosti výběru podle McGrew a kolegů (2014, p. 29).

Reliabilita	Velikosti výběru		
	100	200	300
0,80	0,760-0,835	0,773-0,824	0,782-0,815
0,90	0,879-0,918	0,886-0,912	0,890-0,909
0,95	0,939-0,959	0,942-0,957	0,945-0,954

V Tabulce 4 uvádíme mediánové reliability pro tři věkové skupiny u čtyř vybraných testů WJ IV. Pro naši výzkumnou část nás zajímá především kategorie do 7 let.

Tabulka 4

Koeficienty mediánové reliability (Mather & Wendling, 2014, pp. 15-17).

	do 7 let	7-18 let	19 let a výše
Test 3: Verbální pozornost	0,99	0,98	0,98
Test 7: Vizualizace	0,99	0,97	0,96
Test 14: Rozpoznávání obrázků	0,99	0,95	0,95
Test 15: Analýza – Syntéza	0,98	0,98	0,98

8. Průběh výzkumu a etické aspekty

Před samotným zahájením výzkumu jsem absolvovala školení na metodu ACFS-cz pod vedením doc. PhDr. Lenky Morávkové Krejčové, PhD., abych mohla výzkum pomocí této metody realizovat samostatně. Seznámila jsem se podrobně s oběma metodami, s jejich východisky, principy, způsobem zadávání, administrací, skórováním a následným vyhodnocováním.

Dále jsem provedla pilotní studii na třech dětech předškolního věku pobývajících v ústavním zařízení, abych si ověřila, zda vybrané subtesty z metod ACFS-cz a WJ IV měří shodné kritérium a lze je statisticky porovnat. Po pilotním testování jsem jeden subtest vyřadila a dva upravila tak, aby se co nejvíce podobaly v měřeném rysu. Pilotní vzorky následně nebyly využity ve zpracování výsledných dat.

8.1. Výzkumný vzorek

Výběrový soubor zahrnoval 16 respondentů ve věku 3-8 let. Detailní věkové rozložení výzkumného vzorku je popsáno v rámci deskriptivních statistik v kap. 9.1. Všichni jedinci byli v průběhu testování vychovávaní v nařízené ústavní péči (Dětský domov Zvíkovské Podhradí [dále jen DD Zvíkovské Podhradí]; Dětské centrum Jihočeského kraje ve Strakonici [dále jen DC Strakonice]). Soubor se skládal z dívek i chlapců v různém poměru (viz Tabulka 5).

Předpokládaný vzorek čítal 25-30 respondentů, avšak v době, kdy byl plánovaný sběr dat, byl vyhlášen nouzový stav v celé ČR kvůli COVID-19. Z tohoto důvodu byly uzavřeny všechny instituce, ve kterých probíhal sběr dat, byl omezen volný pohyb osob, a tak konečný vzorek obsahuje pouze 16 respondentů. Domníváme se, že data mohou být zpracována i s tímto počtem vzorků, jelikož se jedná o specifickou klinickou skupinu. Opíráme se o studie, které pracovaly se specifickou klinickou populací s podobnou velikostí výzkumného souboru v oblasti výzkumu institucionální výchovy nebo předškolního věku (Goldfarb, 1945; Jackowski et al., 2008; Mayes et al., 2017; Mielle et al., 2014). Při závěrečné interpretaci dat zohledníme velikost výzkumného souboru.

Tabulka 5

Dívky a chlapci ve výběrovém souboru.

	Dívky (N)	Chlapci (N)	Celkem (N)
DD Zvíkov	1	4	5
DC Strakonice	6	5	11
Celkem	7	9	16

Poznámka. N = Počet respondentů.

Účastníci výzkumu byli vybráni ***záměrným (účelovým) výběrem přes instituce***, přičemž museli splnit další kvóty pro výběr. Děti musely být pro účast ve výzkumu v ***předškolním věku*** (3-6 let) nebo ve věku do 8 let, pokud mají nějakou přidruženou psychickou poruchu (např. dyslexie, dysgrafie, opožděný mentální vývoj aj.). Dalšími kvótami byly: ***institucionální výchova v raném věku dítěte a délka pobytu v ústavní výchově v době testování***. Všichni účastníci výzkumu byli v nařízené ústavní výchově a v době testování pobývali v instituci minimálně 6 měsíců. Všichni účastníci absolvovali institucionální výchovu již od raného věku buď souvisle, nebo s přerušením (pobyt v biologické nebo náhradní rodině). Z anamnestických dat vyplývá, že tyto děti disponují narušeným attachmentem nebo dokonce poruchou attachmentu z důvodu absence jedné vazebné osoby.

8.2. Sběr dat

Sběr dat probíhal ve dvou institucionálních zařízeních pro děti do 18, resp. 26 let. Byly jimi: DD Zvíkovské Podhradí a DC Strakonice. Sběr dat se uskutečnil v měsících leden–březen 2020 v jednotlivých zařízeních.

Testování pomocí metod ACFS-cz a WJ IV probíhalo s každým dítětem jednotlivě, přibližně jednu až dvě hodiny, podle věku dítěte a počtu zařazených intervencí. Před začátkem testování jsem se s dětmi seznámila, vysvětlila jim, proč přicházím, a co je následovně bude čekat, abych zredukovala možný strach nebo tenzi. První byla zařazena metoda WJ IV, aby případné naučené vzorce z ACFS-cz neovlivnily výsledek této statické metody. Po krátké pauze byla administrována druhá metoda. Vše se odvíjelo podle tempa a individuálních potřeb dítěte. Vyšetření se uskutečňovalo vždy v oddělené tiché místnosti, aby se dítě mohlo co nejlépe soustředit, po svačině a odpočinku po příchodu z mateřské

školy. Místnost byla vybavena stolem a židlemi, které jsem si uspořádala podle potřeb administrace jednotlivých metod.

8.3. Metody analýzy dat

Ke statistické analýze dat byly využity počítačové programy Microsoft Excel 2016 a Jamovi 1.1.9.0. Nejprve byla vytvořena datová matice, do které byla zanesena všechna sebraná data určená ke statistickému zpracování, konkrétněji výsledky pretestu a posttestu z metody ACFS-cz a výsledné skóry z metody WJ IV. Data, která jsme z obou metod získali, byla ve formě percentilů a T skórů. Ke statistickému zpracování jsme využili T skóry. Z důvodu velikosti vzorku ($N=16$) jsme předpokládali nenormální rozložení dat, které jsme pro jistotu na normalitu otestovali. Naše předpoklady se naplnily a k testování všech stanovených hypotéz o rozdílu byl využit Wilcoxonův párový test pro dva závislé výběry. Závěry o hypotézách jsme určovali na zvolené hladině významnosti $\alpha=,05$.

8.4. Etické aspekty

V DD Zvíkovské Podhradí i v DC Strakonice probíhal výzkum po svolení ředitelů jednotlivých institucí. Tito zástupci byli obeznámeni o průběhu, cílech, metodách, supervizi výzkumu a dalších detailních informacích. Zapojení do výzkumu bylo zcela dobrovolné, všichni účastníci souhlasili s vyšetřením a nekladli odpor. V rámci výzkumu byla používána pouze křestní jména účastníků, příjmení byla anonymizovaná a v prezentaci výsledků v DP jsou anonymizovaná všechna jména, která jsou zobecněna pouze na dívky a chlapce.

Se všemi informacemi o výzkumu se mohli zákonní zástupci dětí seznámit v informovaném souhlasu (Příloha 1), ve kterém jsou uvedeny všechny potřebné informace v souladu s etickým kodexem. Zákonným zástupcům byl nabídnut výstup z testování ve formě zprávy z psychologického vyšetření. Tato zpráva obsahovala detailní výsledky z obou metod, silné a deficitní stránky jedince, popis vyšetření (pozorování dítěte, rozhovor, chování dítěte v průběhu testování) a doporučení ve formě intervencí, jak dítě dál rozvíjet. Oba ředitelé byli upozorněni, že jsem studentka a výsledná zpráva je zpracována dle mých znalostí pod supervizí doc. PhDr. Lenky Morávkové Krejčové, PhD. Zákonným zástupcům dětí byly také nabídnuty výsledky výzkumu po jeho finálním zpracování.

9. Výsledky výzkumu

V následujících kapitolách uvedeme nejprve deskriptivní statistiky výzkumného vzorku a dat získaných z metod ACFS-cz a WJ IV. Následně se vyjádříme k jednotlivým stanoveným hypotézám v kapitole 6.4. na základě výsledků získaných ze statistického zpracování dat.

9.1. Deskriptivní statistiky popisující výzkumný soubor

Celkový počet nasbíraných vzorků, se kterými následně ve statistickém vyhodnocení pracujeme, čítá 16 záznamů z vyšetření metodami ACFS-cz a WJ IV. Z nasbíraných dat nemusel být vyřazen žádný vzorek, který by jakýmkoli způsobem nesplňoval kritéria tohoto výzkumu. Výzkumná mortalita je tedy 0 %.

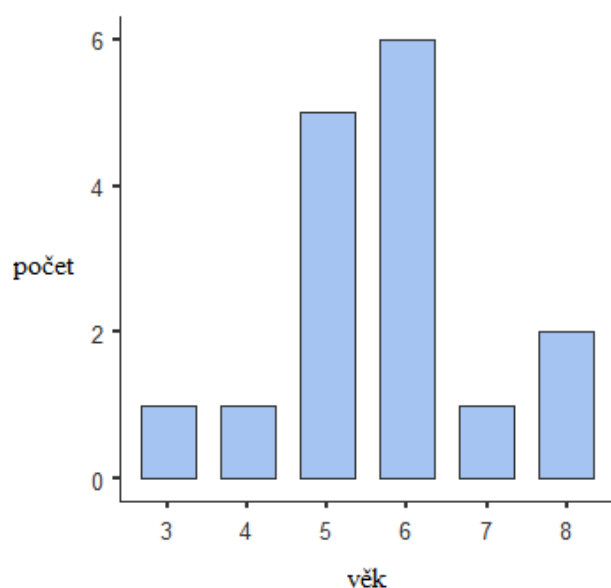
Ve výzkumném souboru je 43,75 % dívek (N=7) a 56,25 % chlapců (N=9) ve věku 3 až 8 let. Průměrný věk testovaných jedinců je 5,69 let. Detailní údaje o věku ve zkoumaném vzorku uvádíme v Tabulce 6 a na Obrázku 6.

Tabulka 6

Věk dívek a chlapců ve výběrovém souboru.

	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>Mod</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Var</i>
Dívky (N=7)	5,29	5	5,00	3	7	1,25	1,57
Chlapci (N=9)	6,00	6	6,00	4	8	1,32	1,75
Celkem (N=16)	5,69	6,00	6,00	3	8	1,30	1,70

Poznámka. *N* = Počet respondentů; *R* = Průměr; *Med* = Medián; *Mod* = Modus; *Min* = Minimální hodnota; *Max* = Maximální hodnota; *SD* = Směrodatná odchylka; *Var* = Rozptyl.



Obrázek 6. Detailní věkové rozložení výzkumného vzorku.

9.2. Rozložení skóre získaných metodami ACFS-cz a Woodcock-Johnson IV

V Tabulkách 7 a 8 uvádíme rozložení získaných skóre metodou ACFS-cz v pretestu a posttestu ve všech subtestech. Detailní grafy o distribuci T skóre jsou uvedeny v Příloze 2 pro pretest a v Příloze 3 pro posttest.

Tabulka 7

Rozložení získaných T skóre v subtestech ACFS-cz v pretestu (N=16).

Subtest	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Třídění	44,6	41,5	37	62	6,15
Sluchová sekvenční paměť	44,9	48,5	28	59	9,40
Krátkodobá vizuální paměť	47,9	44,0	31	72	10,9
Doplňování sekvenčních vzorců	30,4	33,5	0	58	18,1

Poznámka. *R* = Průměr; *Med* = Medián; *Min* = Minimální hodnota; *Max* = Maximální hodnota; *SD* = Směrodatná odchylka.

Tabulka 8

Rozložení získaných T skóre v subtestech ACFS-cz v posttestu (N=16).

<i>Subtest</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Třídění	55,9	59,0	43	62	6,55
Sluchová sekvenční paměť	56,1	55,0	46	64	4,99
Krátkodobá vizuální paměť	66,1	66,5	58	72	4,70
Doplňování sekvenčních vzorců	43,2	45,0	0	58	14,0

Poznámka. *R* = Průměr; *Med* = Medián; *Min* = Minimální hodnota; *Max* = Maximální hodnota; *SD* = Směrodatná odchylka.

V Tabulce 7 a 8 můžeme pozorovat rozdílné hodnoty získané v pretestu a posttestu u jednotlivých subtestů ACFS-cz. Z tabulek lze vyčíst, že v posttestu dosahovali probandi vyšších skóre. Průměrné výsledky v pretestu mají $R=41,95$ a v posttestu $R=55,33$. Průměrně probandi dosahovali 33% zlepšení v posttestu. V Tabulce 9 jsou uvedeny detailní procentuální rozdíly pro jednotlivé subtesty. Grafy porovnávající průměr a medián získaných dat uvádíme v Příloze 4.

Tabulka 9

Zlepšení výsledků v posttestu v subtestech ACFS-cz uvedené v procentech (%).

	Pretest (<i>R</i>)	Posttest (<i>R</i>)	Zlepšení v %
Třídění	44,6	55,9	25 %
Sluchová sekvenční paměť	44,9	56,1	25 %
Krátkodobá vizuální paměť	47,9	66,1	38 %
Doplňování sekvenčních vzorců	30,4	43,2	42 %

Poznámka. *R* = Průměr

Tabulka 10 uvádí T skóry získané ve vybraných testech metody WJ IV. Zobrazené hodnoty v histogramech jsou uvedené v Příloze 5.

Tabulka 10

Rozložení získaných T skórů v testech WJ IV (N=16).

<i>Test</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Vizualizace	47,5	51,0	16	65	14,3
Verbální pozornost	43,4	47,0	9	70	17,2
Rozpoznávání obrázků	43,9	41,5	17	59	9,80
Analýza-Syntéza	36,9	35,5	23	56	8,54

Poznámka. *R* = Průměr; *Med* = Medián; *Min* = Minimální hodnota; *Max* = Maximální hodnota; *SD* = Směrodatná odchylka.

V Tabulce 11 je uvedena průměrná distribuce získaných T skórů účastníky výzkumu (N=16) v metodách ACFS-cz a WJ IV. V této tabulce můžeme pozorovat, že pretest metody ACFS-cz, která je srovnatelná s konečným výsledkem statické metody WJ IV, dosahuje průměrného T skóru 41,95. Průměrný T skór z metody WJ IV dosahuje hodnoty 42,93. A hodnota průměrného T skóru u posttestu ACFS-cz, která je měřena po intervenci s examínátorem, dosahuje hodnoty 55,33. Tyto výsledky nám naznačují teoretické předpoklady, že první dvě výsledné hodnoty jsou srovnatelné a výsledky posttestu ukazují objevený kognitivní potenciál, a tedy vyšší skór (Lidz, 2014; Sternberg & Grigorenko, 2002; Tzuriel, 2000). Detailnější statistická analýza a následná interpretace dat je uvedena v kap. 9.3.

Tabulka 11

Rozložení získaných průměrných T skórů v testech ACFS-cz a WJ IV (N=16).

	Pretest	Posttest	WJ IV
	(<i>R</i>)	(<i>R</i>)	(<i>R</i>)
Třídění – Vizualizace	44,6	55,9	47,5
Sluchová sekvenční paměť – Verbální pozornost	44,9	56,1	43,4
Krátkodobá vizuální paměť – Rozpoznávání obrázků	47,9	66,1	43,9
Doplňování sekvenčních vzorců – Analýza-Syntéza	30,4	43,2	36,9

Poznámka. *R* = Průměr.

9.3. Výzkumná otázka 1

VO1: Jaké jsou rozdíly mezi výstupy statické a dynamické diagnostiky u dětí s poruchou attachmentu v předškolním věku?

H1a: Výsledky v oblasti kategorizace získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.

Na hladině $\alpha=,05$ jsme testovali, zda existují statisticky signifikantní rozdíly mezi výsledky získanými metodami ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti kategorizace. Data neměla normální rozložení ($N=16$). Využili jsme proto neparametrický test, konkrétně Wilcoxonův párový test pro dva závislé výběry. Na hladině $\alpha=,05$ **nepovolujeme** hypotézu H1a ($p=,266$). Mezi metodami neexistuje statisticky signifikantní rozdíl v dosažení výsledného skóru u schopnosti kategorizace, hodnoty jsou podobné.

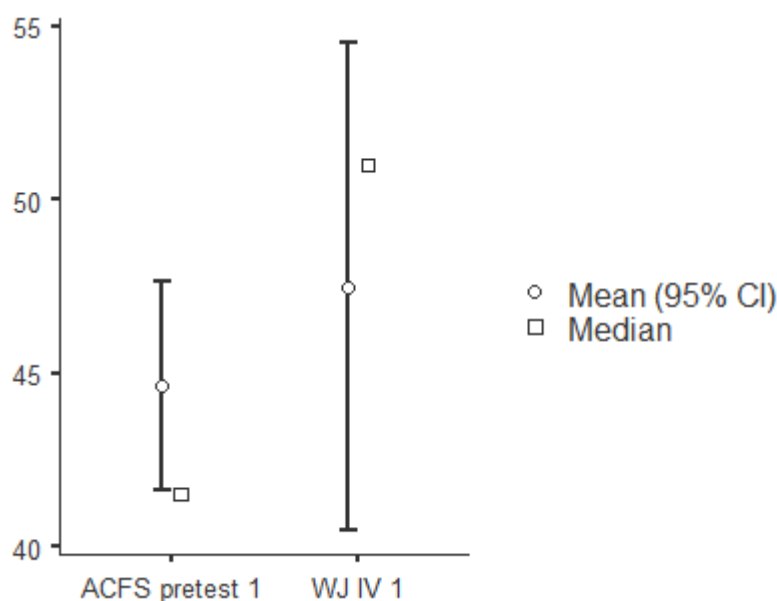
V Tabulce 12 uvádíme deskriptci dat, se kterými jsme pracovali v této hypotéze. Na Obrázku 7 je graficky porovnán průměr, medián, minimální a maximální získané T skóry u obou metod.

Tabulka 12

Deskriptivní charakteristiky T skóru získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz pretest 1	16	44,6	41,5	6,15	1,54
WJ IV 1	16	47,5	51,0	14,34	3,59

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz pretest 1*=kategorizace; *WJ IV 1*=Vizualizace.



Obrázek 7. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

H1b: Výsledky v oblasti krátkodobé auditivní paměti získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.

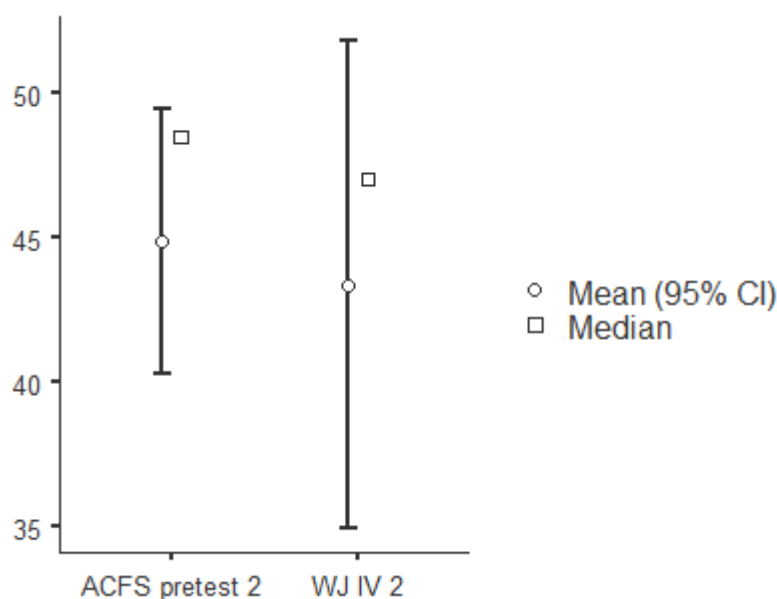
Testování rozdílů v krátkodobé auditivní paměti probíhalo pomocí Wilcoxonova párového testu. Na hladině $\alpha=,05$ **nepovolujeme** hypotézu H1b ($p=,865$). Ve výsledcích v oblasti krátkodobé auditivní paměti není mezi metodami ACFS-cz (pretest) a WJ IV statisticky signifikantní rozdíl, výsledné hodnoty jsou podobné. V Tabulce 13 uvádíme popis T skóre získaných v subtestech krátkodobé sluchové paměti a Obrázek 8 je znázorňuje graficky.

Tabulka 13

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz pretest 2	16	44,9	48,5	9,40	2,35
WJ IV 2	16	43,4	47,0	17,19	4,30

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz pretest 2*=Sekvenční sluchová paměť; *WJ IV 2*=Verbální pozornost.



Obrázek 8. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.

H1c: Výsledky v oblasti krátkodobé vizuální paměti získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.

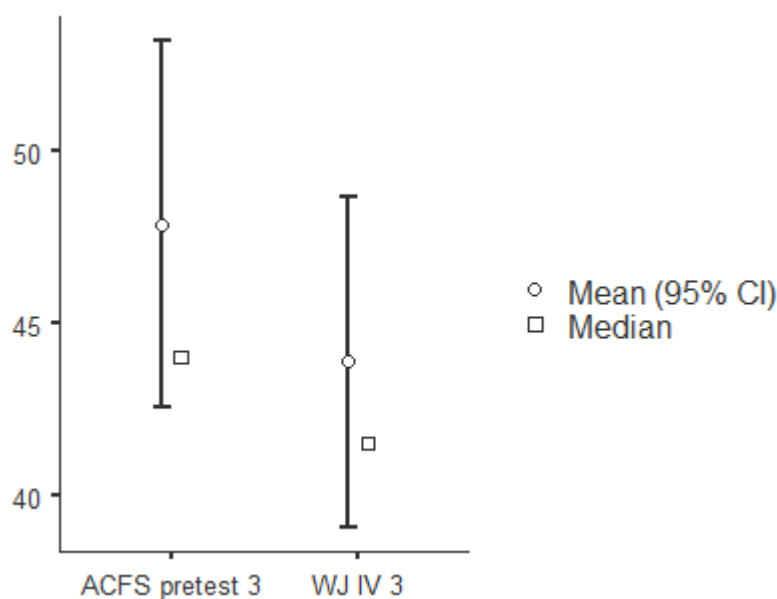
Signifikance rozdílů byla opět ověřována Wilcoxonovým párovým testem pro dva závislé výběry. Byla zjištěna hodnota $p=,532$ na hladině $\alpha=,05$. Na zvolené testové hladině hypotézu H1c **nepovolujeme**, mezi metodami není statisticky signifikantní rozdíl v získávání výsledků v oblasti krátkodobé vizuální paměti. Výsledky z obou metod dosahují podobných hodnot. Tabulce 14 uvádíme deskripci dat, ze kterých vychází výsledky hypotézy H1c. Na Obrázku 9 jsou uvedena graficky.

Tabulka 14

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz pretest 3	16	47,9	44,0	10,89	2,72
WJ IV 3	16	43,9	41,5	9,80	2,45

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz pretest 3*=Krátkodobá vizuální paměť; *WJ IV 3*=Rozpoznávání obrázků.



Obrázek 9. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.

H1d: Výsledky v oblasti vnímání vizuálních sekvencí získané pretestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG budou dosahovat podobných hodnot.

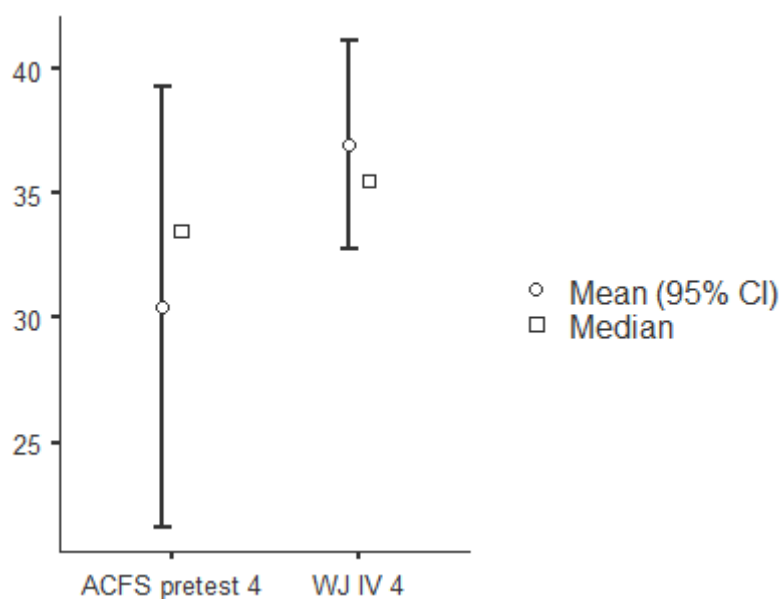
Na hladině $\alpha=,05$ *nepovolujeme* ani hypotézu H1d ($p=,233$). Mezi výsledky T skóre získaných v oblasti vnímání vizuálních sekvencí v metodách ACFS-cz a WJ IV se neprokázaly statisticky signifikantní rozdíly. T skóre získané z obou metod jsou podobné. V Tabulce 15 a na Obrázku 10 uvádíme charakteristiky dat pro hypotézu H1d.

Tabulka 15

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz pretest 4	16	30,4	33,5	18,06	4,51
WJ IV 4	16	36,9	35,5	8,54	2,14

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz pretest 4*=Doplňování sekvencí vzorců; *WJ IV 4*=Analýza-Syntéza.



Obrázek 10. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.

9.4. Výzkumná otázka 2

VO2: Jaký význam má využití dynamické diagnostiky pro další intervence u dítěte s poruchou attachmentu v předškolním věku, u kterého jsou zjišťovány kognitivní schopnosti?

H2a: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti kategorizace získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.

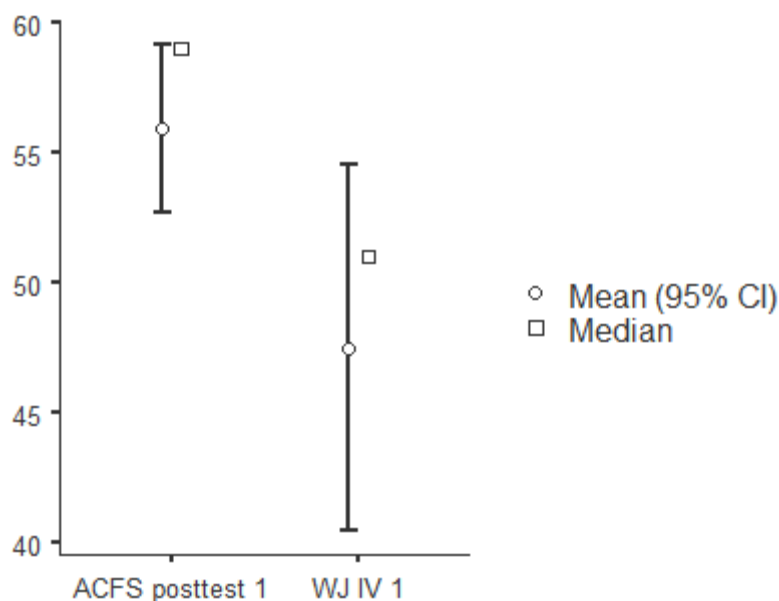
Na základě hodnoty $p=,056$ získané využitím Wilcoxonova párového testu **nepovolujeme** H2a na hladině významnosti $\alpha=,05$. Mezi posttestem metody ACFS-cz a výsledkem WJ IV neexistují statisticky signifikantní rozdíly. V Tabulce 16 a na Obrázku 11 uvádíme popis dat pro hypotézu H2a. V kapitole 10.1. v diskuzi uvádíme další zajímavá zjištění u této hypotézy.

Tabulka 16

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz posttest 1	16	55,9	59,0	6,55	1,64
WJ IV 1	16	47,5	51,0	14,34	3,59

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz posttest 1*=kategorizace; *WJ IV 1*=Vizualizace.



Obrázek 11. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

H2b: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti krátkodobé auditivní paměti získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.

Hypotézu H2b *povolujeme* ($p=,017$) na hladině významnosti $\alpha=,05$. Mezi T skóre získanými z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti jsou statisticky signifikantní rozdíly. Při vypočítání levostranné hypotézy s předpokladem, že ACFS-cz bude vykazovat vyšší T-skóre, je signifikantnost rozdílů na hladině $\alpha=,05$ ještě vyšší ($p=,008$).

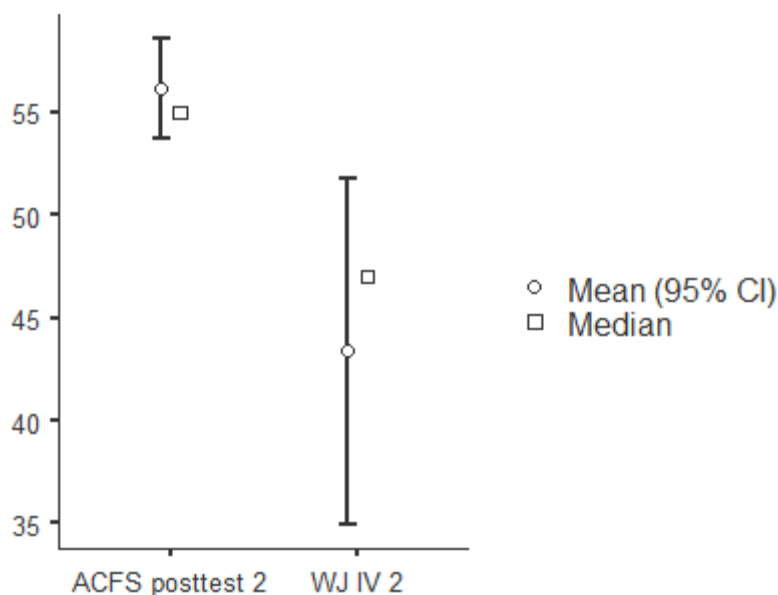
V Tabulce 17 a na Obrázku 12 uvádíme deskripci dat, se kterými byla provedena statistická analýza u H2b.

Tabulka 17

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz posttest 2	16	56,1	55,0	4,99	1,25
WJ IV 2	16	43,4	47,0	17,19	4,30

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz posttest 2*=Sekvenční sluchová paměť; *WJ IV 2*=Verbální pozornost.



Obrázek 12. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.

H2c: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti krátkodobé vizuální paměti získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.

Na základě výsledné hodnoty $p \leq ,001$ *povolujeme* hypotézu H2c na hladině statistické významnosti $\alpha = ,05$. Mezi posttestem ACFS-cz a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti existují statisticky signifikantní rozdíly. Opět jsme spočítali i levostrannou hypotézu, která ukazuje stejnou signifikantnost rozdílů s nejmenší možnou hodnotou p ($p \leq ,001$).

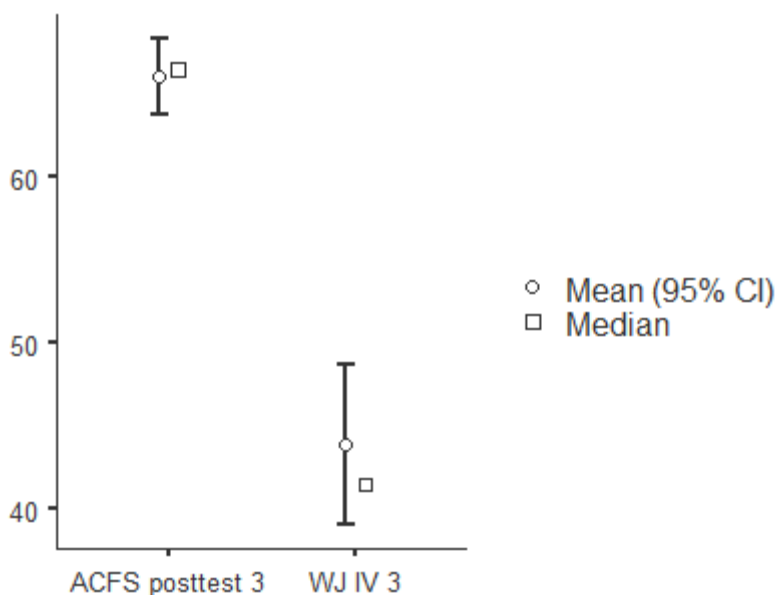
V Tabulce 18 a na Obrázku 13 uvádíme deskripci T skóre, ze kterých jsme odvodili výsledky pro H2c.

Tabulka 18

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz posttestt 3	16	66,1	66,5	4,70	1,17
WJ IV 3	16	43,9	41,5	9,80	2,45

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz posttest 3*=Krátkodobá vizuální paměť; *WJ IV 3*=Rozpoznávání obrázků.



Obrázek 13. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.

H2d: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výsledcích v oblasti vnímání vizuálních sekvencí získaných posttestem metody ACFS-cz a metodou Woodcock-Johnson IV COG.

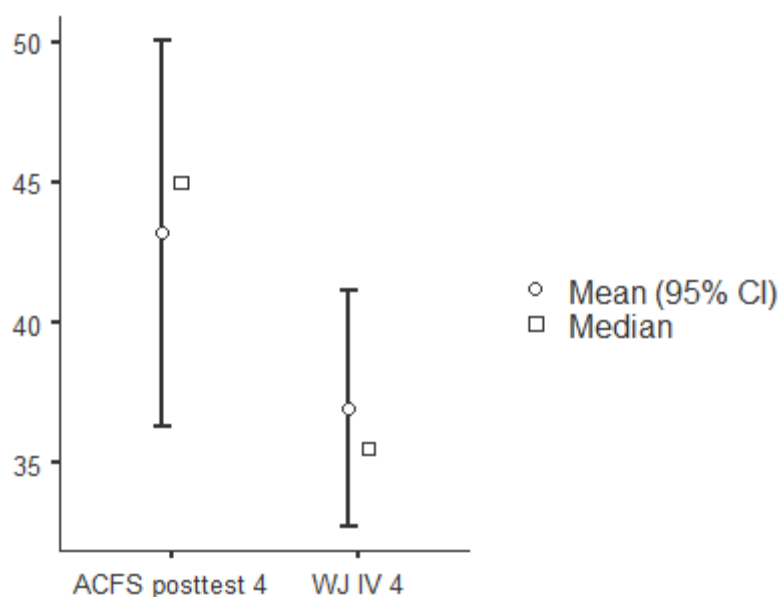
Na základě výsledků ($p=,031$) **povolujeme** hypotézu H2d na hladině významnosti $\alpha=,05$. Mezi výsledky diagnostických metod existují statisticky signifikantní rozdíly v oblasti vnímání vizuálních sekvencí. Levostranná hypotéza ukazuje na ještě větší signifikantnost rozdílů na zvolené hladině $\alpha=,05$ ($p=,015$). Tabulka 19 a Obrázek 14 zobrazují charakteristiky vstupních dat pro H2d.

Tabulka 19

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz posttest 4	16	43,2	45,0	14,0	3,50
WJ IV 4	16	36,9	35,5	8,54	2,14

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz posttest 4*=Doplňování sekvenčních vzorců; *WJ IV 4*=Analýza-Syntéza.



Obrázek 14. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.

9.5. Shrnutí výsledků

Pro větší přehlednost statistických výstupů uvádíme kapitolu, ve které shrneme veškeré výsledky. Na základě teoretických poznatků jsme si stanovili předpoklady v kapitole 6.1., které byly částečně naplněny. Rozdíly mezi výsledkem pretestu ACFS-cz a výsledkem WJ IV se neprokázal. Rozdíly se ovšem prokázaly mezi posttestem ACFS-cz a WJ IV ve třech zkoumaných oblastech kognitivních funkcí. Nejvyšší statisticky signifikantní rozdíl se objevil u krátkodobé vizuální paměti (H2c), dále u vnímání vizuálních sekvencí (H2d) a poslední u krátkodobé auditivní paměti (H2b). V oblasti kategorizace jsme signifikanci rozdílů neprokázali. Přesto je i u této oblasti rozdíl viditelný v popisných statistikách ve prospěch metody ACFS-cz, ve které probandi dosahovali průměrně vyšších výsledků oproti metodě WJ IV. Všechny uvedené rozdíly byly testovány na hladině významnosti $\alpha=,05$.

Mezi pretestem a posttestem metody ACFS-cz byla realizována intervence, ze které vyplynuly vhodné strategie, které děti pomáhají v učícím procesu. Tento fakt dokládají vyšší získané výsledky v posttestu ve všech zkoumaných oblastech. Detailní kvalitativní data v této práci neuvádíme z důvodu jejího rozsahu a volby kvantitativního designu.

10. Diskuze

V této kapitole propojíme teoretické poznatky s empirickými důkazy získanými v druhé části diplomové práce. Obsahem diskuze bude kritické zhodnocení výsledků jednotlivých hypotéz, limity výzkumu, které mohly způsobit zkreslení výsledků, nakonec zhodnotíme praktické přínosy výzkumu a zmíníme další doporučení pro bádání v této oblasti.

Téma této práce vyvstalo ze zainteresování autorky do problematiky attachmentu u dětí v ústavní péči. Při vyhledávání výzkumů o kognitivním deficitu těchto dětí a možnosti jejich rozvoje jsme nenašli mnoho podkladů, a z tohoto důvodu vznikl výzkumný záměr diplomové práce.

10.1. Diskuze výsledků

Diskuze výsledků je rozdělena do dvou částí. Nejprve se vyjádříme k výsledkům první výzkumné otázky a následně k druhé výzkumné otázce, abychom utvořili ucelenou diskuzi o komplexních výsledcích.

VO1 s přidruženými hypotézami si kladla za cíl zjistit, zda existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výsledky, které lze získat z vybraných testů metody WJ IV a pretestu metody ACFS-cz, anebo jsou výsledné hodnoty podobné. Všechny hypotézy jsme nepovolili na zvolené hladině významnosti a nepotvrdili jsme statisticky signifikantní rozdíly mezi získáváním výsledků z uvedených dvou metod. Těmito výsledky se potvrdil náš předpoklad, že výsledek pretestu ACFS-cz bude přibližně stejný jako výsledek z WJ IV. Tento předpoklad vychází z předešlých výzkumných zjištění Sternberg a Grigorenko (2002) i Lidz (1991, 2014).

Zajímavější a diskutabilnější výsledky přinesla **VO2**, která si kladla za cíl zjistit význam dynamické diagnostiky pro další intervence u dítěte s PA v předškolním věku z hlediska kognitivních funkcí. Předpokládali jsme, že u všech hypotéz se objeví statisticky signifikantní rozdíly ve prospěch metody ACFS-cz (posttest), u které jsme očekávali, že probandi dosáhnou vyšších výsledků vlivem intervence, oproti výsledkům ze statické metody WJ IV. Naše předpoklady se naplnily pouze zčásti. Statisticky signifikantní rozdíly jsme prokázali v oblastech: **krátkodobé auditivní paměti**, **krátkodobé vizuální paměti** a ve **vnímání vizuálních sekvencí**. V oblasti kategorizace se rozdíl nepotvrdil.

Původní H2a (hypotéza o kategorizaci), ve které jsme porovnávali subtest Třídění (ACFS-cz) se subtestem Vizualizace (WJ IV), jsme nepovolili na hladině významnosti $\alpha=,05$. U této hypotézy jsme provedli dodatečnou statistickou analýzu s jinými subtesty.

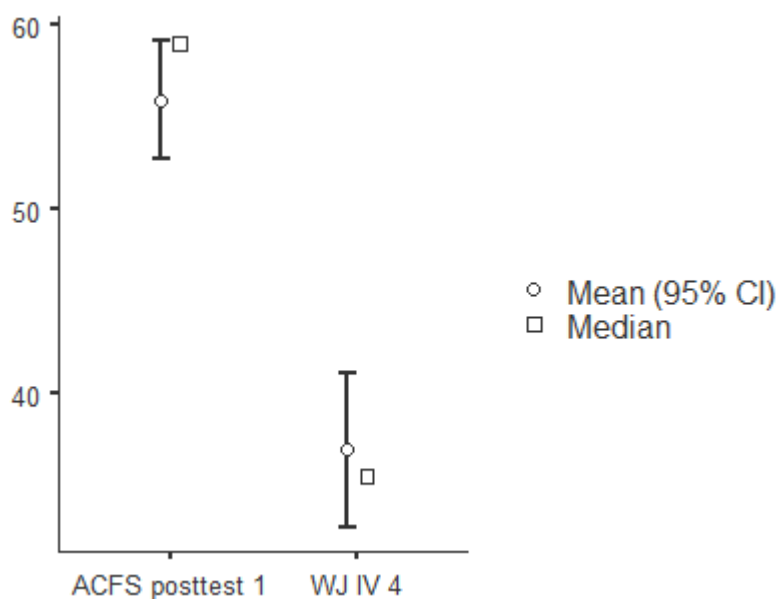
Byly jimi: Třídění z ACFS-cz a Analýza-Syntéza z WJ IV. Tato data by H2a na hladině $\alpha=,05$ **povolila** ($p \leq ,001$) a ukázala statisticky signifikantní rozdíly mezi výsledky získanými posttestem metody ACFS-cz a metodou WJ IV. Levostranná hypotéza vykazuje také $p \leq ,001$, a tedy vysokou signifikantnost rozdílů. Pro představu a porovnání dat s původní H2a uvádíme charakteristiky T skóre v Tabulce 20 a na Obrázku 15.

Tabulka 20

Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ACFS-cz posttest 1	16	55,9	59,0	6,55	1,64
WJ IV 4	16	36,9	35,5	8,54	2,14

Poznámka. *N*=počet vzorků; *R*=Průměr; *Med*=Medián; *SD*=Směrodatná odchylka; *SE*=Standardní chyba měření. *ACFS-cz posttest 1*=Kategorizace; *WJ IV 4*=Analýza-Syntéza.



Obrázek 15. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.

Pro dodatečné zjištění rozdílů jsme zvolili test z WJ IV Analýza-Syntéza z důvodu jeho komplexnosti zkoumaných charakteristik. Jeví se jako vhodný pro srovnávání se subtestem třídění z ACFS-cz, jelikož zjišťuje obecné uvažování jedince, porozumění sekvencím a schopnost vyvozovat závěry z daných podmínek (Mather & Wendling, 2014).

Především obecná schopnost uvažování a vyvozování závěrů jsou porovnatelné se subtestem Třídění v ACFS-cz.

Fakt, že nově zvolené subtesty k porovnání rozdílů v oblasti kategorizace ukazují na signifikantní rozdíly interpretujeme z několika hledisek.

(1) Vizualizace (WJ IV) je složena ze dvou úkolů, z nichž jeden se týká prostorových vztahů a druhý rotace s kostkami. Dítě musí sledovat mnoho kritérií, podle kterých se rozhoduje pro správnou odpověď. Zatímco u Analýzy a syntézy se má zaměřit pouze na jednu charakteristiku a opomíjet ostatní, stejně jako u ACFS-cz Třídění.

(2) Vizualizace se více řídí vizuálním zpracováním, porovnáváním objektů a méně logickým seskupováním, tak jak je vyžadováno u Třídění v ACFS. Analýza a syntéza naopak toto logické uvažování také podněcuje.

(3) U Analýzy a syntézy i Třídění se pracuje s barevným materiálem a jeho logickým seskupováním (Lidz, 2014; Mather & Wendling, 2014).

Původně byl test Vizualizace vybrán z důvodu, že Analýza a syntéza je využívána k porovnání se subtestem Vnímání sekvenčních vzorců, se kterým velmi koresponduje. Dodatečně nás napadlo analyzovat u této hypotézy i výsledné T skóry Analýzy a syntézy s výsledky Třídění, jelikož i v hypotéze o kategorizaci by Analýza a syntéza kvůli své komplexnosti mohla být využita.

U uvedených hypotéz H2b, H2c, H2d jsme prokázali statisticky signifikantní rozdíly mezi posttestem ACFS-cz a WJ IV. Tzuriel (2000) uvádí, že dynamická diagnostika má potenciál měnit kognitivní struktury testovaných, které se projevují vyšším skórem v posttestu. Jestli se změnila kognitivní struktura u dětí nemůžeme potvrdit, avšak viditelné zlepšení mezi pretestem a posttestem pozorovat můžeme. Nedokážeme predikovat, zda se projeví případná změněná kognitivní struktura u jednotlivých dětí i v jiných situacích vyžadujících podobné kognitivní operace z důvodu nemožnosti dlouhodobě účastníky výzkumu sledovat. Výsledky však naznačují smysluplnost využití metod dynamické diagnostiky, na jejichž základě lze plánovat další intervence a systematickou podporu dětí, jejichž potenciál formát dynamického vyšetření odhalil.

Dalším cílem práce bylo zjistit, ze které metody vyplývají vhodnější intervence pro rozvoj dítěte. Z metody WJ IV jsme získali výsledky ve formě IQ skóre, resp. T skóre a detailní profil o úrovni jednotlivých kognitivních funkcí. Možná doporučení pro pečovatele dětí byla pouze ve formě pozorování, jak dítě v průběhu testu pracovalo a jaké jsou jeho silné a slabší stránky. I na těchto základech lze určit intervence nebo doporučení, jak s dítětem pracovat. V dynamické diagnostice byla využita fáze intervence, která

detailněji mapuje proces učení a zkoumá funkční strategie pro odhalení kognitivního potenciálu a jeho rozvoj (Lidz, 2014). U dětí, u nichž byla intervence využita a přispěla k lepšímu výsledku v posttestu, byl detailně popsán její průběh, aby pečovatelé měli návod, jak s dítětem pracovat, a jaký mechanismus učení je pro dítě funkční. Z důvodu rozsahu práce jsme neanalyzovali kvalitativní data, tudíž tento cíl není podložený analýzou, avšak pozorováním administrátorky a informacemi obsaženými v závěrečných zprávách vypracovaných pro jednotlivé děti (vzor zprávy viz. Příloha 6).

Děti umístěné v ústavní výchově často pocházejí z podnětně chudšího prostředí, a tak nás zajímalo, zda v sobě mají nerozvinutý kognitivní potenciál. S přihlédnutím k výsledkům můžeme říci, že ano. Zlepšení mezi pretestem a posttestem v metodě ACFS-cz dosahovalo 25–42 % v jednotlivých subtestech. Toto zlepšení přičítáme fázi intervence, která využila zprostředkované učení.

Zajímavé jsou výsledky výzkumů a praxe psychologů, které zkoumají účinky dynamické diagnostiky u dětí s ADHD (Krejčová, L., osobní rozhovor, 28.5.2020). Tyto děti mají, oproti našemu vzorku ústavních dětí, lepší výsledky v subtestu krátkodobé vizuální paměti již v pretestu. I tento fakt si můžeme vysvětlovat podnětně chudším prostředím, kde dítě nezažívá tolik interakcí, např. čtení knih, prohlížení obrázků / fotek, které by rozvíjely vizuální zpracování. Nelze říci, že všechny děti s ADHD mají podnětně bohatší prostředí, ale ve výzkumném doložení nebyly tyto informace explicitně uvedené (Lidz, 2014).

10.2. Limity výzkumu

Výzkumná část obsahující osm testovaných hypotéz odhalila zajímavá zjištění, avšak výzkum byl omezen četnými limity. V následujících odstavcích shrneme možné limitace výzkumu, které mohly zkreslit výsledky a jejich interpretaci.

Jako první limit bychom rádi uvedli velikost výzkumného vzorku. Již výše v textu je uvedeno, že z důvodu pandemie a vyhlášení nouzového stavu v souvislosti s COVID-19 bylo znemožněno pokračovat v započatém sběru dat. I přesto jsme se rozhodli pracovat se 16 vzorky a statistickou analýzu realizovat. Domníváme se, že výzkumný vzorek je velmi specifická úzká klinická skupina, která nemá celkově v české populaci čtené zastoupení. Uvedli jsem příklady publikovaných vědeckých výzkumů, které také pracovaly s podobnými skupinami a velikost vzorku se příliš nelišila. Jsme si vědomi, že výsledná data nelze příliš zobecňovat, a že vzorek nebyl reprezentativní.

Limit v interpretaci dat také může být u věkového rozložení účastníků výzkumu. Kritéria splňovala předškolní děti, ale také děti starší (do 8 let, včetně), které mají odloženou

školní docházku, diagnostikovaný vývojový deficit nebo jiné psychické potíže. Věková kritéria využití pro WJ IV jsou od 3 do 65 let, avšak ACFS-cz má mnohem užší využití, je pouze pro děti 3 až 6 let a výjimečně děti starší s výše uvedenými podmínkami. Ve vzorku byly dvě děti, které dosahovaly horní věkové hranice, tj. osmi let. I přesto, že tyto děti splňovaly kritéria pro zařazení do vzorku, jejich data byla zcela odlišná od dětí mladších. Ve statistickém zpracování dat mohly tyto dva vzorky ovlivnit výsledné hodnoty. Celkově byl soubor, i z důvodu jeho velikosti, věkově nevyvážený.

Z důvodu úzké klinické skupiny se objevuje další limit, kterým je výběr vzorku. Využili jsme záměrný výběr přes instituce, který ve výsledku poskytl data pouze ze dvou ústavních zařízení. Kontaktovali jsme více zařízení, avšak buď neměla zájem spolupracovat z důvodu přetížení personálu, nebo v době sběru dat nebyly v zařízení děti, které by splňovaly kritéria pro zařazení do vzorku. I tímto mohou být výsledky ovlivněny, domníváme se, že více heterogenní skupina by mohla přinést reprezentativnější výsledky. Heterogennější skupinou máme na mysli různé druhy ústavní péče (dětský domov, ZDVOP, pěstounská péče a jiné formy náhradní rodinné péče).

I přesto, že jsem se jako administrátorka metod snažila být co nejvíce pečlivá a objektivní, a všem dětem zadávat metody stejným způsobem, musím v limitaci zmínit možné zkreslení lidským faktorem. Dynamická diagnostika nemá univerzální postupy administrace a vždy se odvíjí od testovaného jedince, a tak neexistuje zcela jednotný postup, je dán pouze rámcem diagnostického procesu. Uvědomuji si, že s každým dítětem probíhalo vyšetření jinak. Zkreslení z mé strany mohlo být i ve formě únavy, drobné nepozornosti, i přesto, že jsem se snažila takovému zkreslení vyvarovat. Stejně tak mohou být výsledky zkresleny únavou a psychickým i fyzickým stavem jednotlivých dětí účastníků se výzkumu. Tyto nepřesnosti jsem se snažila eliminovat tím, že děti byly najedené, odpočaté před vyšetřením a v průběhu testování byla zařazena pauza podle potřeb dítěte.

Limitem výzkumu také mohou být neúplně údaje o testovaných dětech. Bohužel nebylo možné získat podrobnou anamnézu o jednotlivých dětech a jejich přesných diagnostikovaných poruchách. Informace byly obecnějšího charakteru. Z mého pozorování vykazovaly některé děti známky ADD nebo ADHD. V kapitole 1.3.2.4 jsme pojednávali o komorbiditě poruch s PA. Goldstein a DeVries (2017) uvádějí možnost oslabené pozornosti, jazykových schopností a exekutivních funkcí u dětí s PA. Ve vzorku tedy možná nebyly pouze děti s PA, ale s PA a dalšími přidruženými poruchami. I tato nejednotnost vzorku mohla ovlivnit závěrečné interpretace.

10.3. Výzkumná doporučení

Na výše uvedené limitace výzkumu bychom rádi navázali možnými výzkumnými doporučeními pro tuto oblast zkoumání. Při rešerši literatury a výzkumů, které byly doposud realizovány, jsme nedohledali výzkum zkoumající účinnost dynamické diagnostiky u dětí s PA v české ani zahraniční literatuře. Bylo by zajímavé realizovat výzkum podobného charakteru na početnějším, reprezentativnějším vzorku, tedy více věkově i genderově vyváženějším.

Zajímavá konfrontující zjištění by také mohl přinést výzkum, který by pracoval s odlišnými metodami. Pro náš výzkum byly zvoleny ACFS-cz a WJ IV, avšak mezi statickými a dynamickými diagnostickými metodami je možný výběr z více alternativ.

Hypotézy porovnávající posttest se statickou diagnostikou přinesly výsledky o signifikanci rozdílů u dětí s PA v předškolním věku. Zamýšlíme se, zda i starší děti (6 resp. 8 let a více) by vykazovaly účinnost dynamické diagnostiky jako nástroje pro odhalení kognitivního potenciálu dítěte. Zda by například statická diagnostika přinesla lepší výsledky z důvodu školních zkušeností. Tuto otázku si klademe i na základě neurofyzilogických podkladů. Lidz (2003) uvádí, že nejvyšší neuroplasticita je u člověka do konce předškolního období. Zajímalo by nás, jestli jsou starší děti schopné takové kognitivní modifikovatelnosti jako děti předškolního věku. I tímto směrem se tedy odvíjejí další výzkumné doporučení. Výzkum účinnosti dynamické diagnostiky u dětí s PA starších šesti let.

10.4. Praktické přínosy

Již v úvodu jsme zmiňovali, že praktickým přínosem výzkumné části nejspíš nebude zobecnění výzkumných zjištění pro danou populaci, ale přínos pro jednotlivé zúčastněné jedince. Tento předpoklad byl naplněn. Na každé testované dítě byla vypracovaná podrobná zpráva o průběhu vyšetření. Byly v ní uvedeny údaje z pozorování, výsledků obou administrovaných metod a z nich plynoucí intervence pro efektivní rozvoj kognitivních deficitů. Výhodou dynamické diagnostiky je sběr dat „nekognitivního charakteru“. ACFS-cz umožňuje získání kvalitativních dat, jako je chování dítěte v průběhu testování, reakce na dospělého neznámého člověka, schopnost spolupráce, slovní zásoba aj. Tyto získané údaje se shodují s teoretickými poznatky o dynamické diagnostice (Lidz & Gindis, 2012; Sternberg & Grigorenko, 2002). Již v průběhu zpracování dat jsme získali pozitivní zpětnou vazbu od jednoho zákonného zástupce dětí na vypracované zprávy.

Praktickým přínosem také bylo zjištění, že děti umístěné v DD mají kognitivní potenciál, který často není rozvíjený. Po intervenci jsme pozorovali enormní zlepšení, především u paměťových subtestů a úkolů zaměřených na serialitu. Podnětně chudší prostředí znemožňuje rozvoj kognitivního potenciálu, avšak při aktivní spolupráci s dítětem jsme dosáhli v posttestu zlepšení až o 42 % (Tabulka 9). Praktickým výstupem by mohly být navržené intervence, jak u dětí potenciál rozvíjet. V úvodu diplomové práce jsme zmínili, že některé pečující osoby dětí v ústavní výchově by rády se svěřenci pracovaly, avšak nevědí jak. Vnímáme, že praktické návrhy intervencí vyplývající z ACFS-cz by mohly přispět této problematice a pečovateli poskytnout vhodné postupy, jak, a ve kterých oblastech kognitivních funkcí mohou jednotlivé děti rozvíjet.

Navzdory malému testovanému souboru výsledky poukazují na smysluplnost využívání dynamické diagnostiky u dětí s PA a zdá se namístě, aby tento přístup byl v rámci komplexní diagnostiky dětí využíván. Nemusí být jediným možným formátem vyšetření, ale rozhodně se jeví jako přínosný pro další podporu jeví.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou poruch attachmentu v předškolním věku a s ní spojenými možnostmi testování kognitivních funkcí. V literárně přehledové části jsme představili teoretické poznatky z oblasti poruch attachmentu, ústavní výchovy a možnosti diagnostiky této poruchy. Následně jsme uvedli specifika kognitivního vývoje pro předškolní věk. V posledních dvou teoretických kapitolách je popsána a porovnána dynamická a statická diagnostika, konkrétně metody ACFS-cz a Woodcock-Johnson IV COG. V návaznosti na literárně přehledovou část jsme stanovili dvě výzkumné otázky a osm hypotéz. Zkoumali jsme, zda existují statisticky signifikantní rozdíly mezi jednotlivými druhy diagnostiky, u dynamického přístupu s rozlišením na pretest a posttest.

Statistická analýza dat a následné interpretace ukázaly, v souladu s teoretickými poznatky (Lidz, 2014; Sternberg & Grigorenko, 2002), že mezi výsledkem statické diagnostiky a pretestem dynamické diagnostiky v oblasti kognitivních funkcí neexistují významné rozdíly. Zjednodušeně lze říci, že výsledek pretestu se s malými odchylkami rovná výsledku získaného ze statické diagnostiky. U dynamické diagnostiky jsme provedli fázi intervence a následně sledovali změny ve výsledném skóru v posttestu. Statisticky významné rozdíly jsme prokázali mezi posttestem dynamické diagnostiky a výsledkem statické diagnostiky v oblastech zaměřených na paměť a serialitu. Náš předpoklad se potvrdil částečně, jelikož jsme neprokázali rozdíl v oblasti kategorizace mezi zmíněnými metodami. Až další analýza dat prokázala signifikantní rozdíly i v oblasti kategorizace mezi metodami statické a dynamické diagnostiky.

Ukázalo se, že děti předškolního věku vyrůstající v ústavním zařízení mají neodhalený kognitivní potenciál, který se projevil po fázi intervence. Zlepšení mezi pretestem a posttestem u dynamické diagnostiky dosahovalo až 42 %. Tudíž výsledek z dynamické diagnostiky ukazuje na mnohem lepší úroveň kognitivních funkcí oproti výsledku statické metody, který se rovná pretestu v dynamické diagnostice. Ukázalo se, že děti dobře reagovaly na plnou pozornost administrátora a zprostředkované učení. Nemůžeme potvrdit, zda došlo ke změně kognitivní struktury z důvodu nemožnosti sledovat další vývoj dětí zúčastněných ve výzkumu. Přesto se výstupy z vyšetření jeví značně optimistické pro další práci s dětmi.

Lze konstatovat, že z dynamické diagnostiky vyplývá více informací o učícím procesu a kognitivním vývoji dítěte než z diagnostiky statické. Dále dynamický přístup poskytuje možnost získání poznatků o efektivních učících strategiích, které ve fázi

intervence přispěly k lepšímu výsledku v posttestu. Na tomto základě mohou být vypracována doporučení pro pečovatele dětí, jak lze rozvíjet deficitní kognitivní funkce.

Seznam použitých zdrojů a literatury:

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 49-67.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.

Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. doi: 10.1037/0003-066X.34.10.932

Alfasfos, L. (2009). *The Early Maladaptive Schemas and their Correlations with the Psychiatric Symptoms and the Personality Accentuations for Palestinian Students* (Disertační práce). Hamburg: Hamburg University. Retrieved April 8, 2020, from http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2010/4827/pdf/ohne_appendix_printed.pdf

Allen, B. (2011). The Use and Abuse of Attachment Theory in Clinical Practice With Maltreated Children, Part I: Diagnosis and Assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 3–12. doi: 10.1177/1524838010386811

Amador, J. (2011). *Inner Speech*. OpenStax CNX 5.5.2011. Retrieved May 19, 2020, from <https://cnx.org/contents/Dn4AGI6p@1/Inner-Speech>

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author.

Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71–82.

Anderson, P. J., & Reidy, N. (2012). Assessing Executive Function in Preschoolers. *Neuropsychology Review*, 22(4), 345-360. doi: 10.1007/s11065-012-9220-3

Aranov, Z. (1999). *Validity and Reliability of the ACFS Behavior Observation Rating Scale*. New York: Touro College.

Baar, A., & Graaff, B. M. T. (1994). Cognitive development at preschool-age of infants of drug-dependent mothers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36(12), 1063-1075. doi: 10.1111/j.1469-8749.1994.tb11809.x

Bennett, K. K., Weigel, D. J., & Martin, S. S. (2002). Children's acquisition of early literacy skills: examining family contributions. *Early Childhood Research Quarterly*, 17(3), 295-317. doi: 10.1016/S0885-2006(02)00166-7

- Bensoussan, Y. (2002). *The Effectiveness of Mediation on Three Subtests of the Application of Cognitive Functions Scale, A Dynamic Assessment Procedure for Young Children*. New York: Touro College.
- Bick, J., Zhu, T., Stamoulis, C., Fox, N. A., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2015). Effect of Early Institutionalization and Foster Care on Long-term White Matter Development. *Jama Pediatrics*, 169(3). doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3212
- Birjandi, P., & Daferifard, P. (2011). Potential Predictability of ZPD of Children's Cognitive Development. *Brain: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2(2), 41-50.
- Borke, H. (1975). Piaget's mountains revisited: changes in the ego-centric landscape. *Developmental Psychology*, 11(2), 240-243. doi: 10.1037/h0076459
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in early childhood: Nature and nurture*. New York: Guilford Press.
- Bruner, J. (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of Attachment: theory, research, and clinical applications*. (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cotrus, A., & Stanciu, C. (2014). A Study on Dynamic Assessment Techniques, as a Method of Obtaining a High Level of Learning Potential, Untapped by Conventional Assessment. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 116, 2616-2619. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.622
- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Eds.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 343-357). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crittenden, P. M. (2001). A dynamic-maturational model of patterns of attachment in the preschool years. In S. Speaker & P. McKinsey Crittenden, Comparing two attachment classification methods applied to preschool strange situations. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 15(1), 97-120. doi: 10.1177/1359104509345878

Crittenden, P. M. (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy*, 27(2), 105-115. doi: 10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x

Crittenden, P. M. K., & Baim, C. (2017). Using Assessment of Attachment in Child Care Proceedings to Guide Intervention. In L. Dixon, D. F. Perkins, C. Hamilton-Giachritsis, & L. A. Craig (Eds.), *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment* (pp. 385-402). New Jersey: John Wiley. doi: 10.1002/9781118976111.ch23

Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.

Davies, K. A., Macfarlane, G. J., McBeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*, 143(3), 200-205. doi: 10.1016/j.pain.2009.02.013

Diamond, A. (1991). Neuropsychological insights into the meaning of object concept development In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *The epigenesis of mind: Essays on biology and knowledge* (pp. 67-110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 24(2), 203-217. doi: 10.1111/cpsp.12192

Drápalová, A. (2014). *Možnosti dynamické diagnostiky u dětí v mateřských školách – Škála využití kognitivních funkcí (ACFS)* (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.

Feuerstein, R. (2014). *Vytváření a zvyšování kognitivní modifikovatelnosti: Feuersteinův program instrumentálního obohacení*. Praha: Karolinum.

Feuerstein, R., Falik, L., & Feuerstein, Ra. S. (2010). *Beyond Smarter: Mediated Learning and the Brain's Capacity for Change*. New York: Teachers College Press.

Feuerstein, R., Falik, L. H., & Feuerstein, R. S. (2015). *Changing minds and brains: the legacy of Reuven Feuerstein: higher thinking and cognition through mediated learning*. New York: Teachers College Press, Columbia University.

Feuerstein, R., Falik, L., Rand, Y., & Feuerstein, Ra. S. (2002). *The dynamic assessment of cognitive modifiability*. Jerusalem: ICELP Press.

Feuerstein, R., Feuerstein, Ra. S., Falik, L., & Rand, Y. (2006). *Creating and Enhancing Cognitive Modifiability: The Feuerstein Instrumental Enrichment Program*. Jerusalem: ICELP Publications.

Feuerstein, R., Rand, Y., & Feuerstein, R. S. (2006). You love me! Don't accept me as I am: Helping the low functioning. In R. Feuerstein & A. Lewin-Benham, *What Learning looks like*. New York: Teachers College Press.

Flanagan, D. P., Genshaft, J. L., & Harrison, P. L. (1996). *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. New York: Guilford Publications.

- Flavell, J. H., & Wellman, H. M. (1997). Metamemory. In R. J. Sternberg, *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Fox, N. A., & Hane, A. A. (2008). Studying the biology of human attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 811–829). New York and London: Guilford Press.
- Fox, N. A., Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2011). The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(9), 919-928. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02355.x
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4(2), 131-144. doi: 10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x
- Fuchs, D., Fuchs, L. S., Compton, D. L., Bouton, B., Caffrey, E., & Hill, L. (2007). Dynamic Assessment as Responsiveness to Intervention; a Scripted Protocol to Identify Young At-Risk Readers. *Teaching Exceptional Children*, 39(5), 58-63. doi: 10.1177/004005990703900508
- Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal Of Psychiatry*, 102(1), 18-33. doi: 10.1176/ajp.102.1.18
- Goldstein, S., & DeVries, M. (Eds.). (2017). *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. Springer International Publishing AG. doi: 10.1007/978-3-319-57196-6
- Grigorenko, E. L., & Sternberg, R. J. (1998). Dynamic testing. *Psychological Bulletin*, 124(1), 75-111. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.75
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685.
- Harlow, H. F., & Zimmerman, R. R. (1959). Affectional Response in the Infant Monke'. *Science*, 130(3373), 421-431
- Hašto, J. (2005). *Vztáhová väzba: ku kořeňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Haywood, H. C. (1992). Interactive Assessment: A Special Issue. *Journal of Special Education*, 26(3), 233-34.
- Haywood, H. C. (2012). French-to-English translation of Rey, A. (1934). Un procédé pour évaluer l'éducabilité: Quelques applications en psychopathologie. (Archives de Psychologie, XXIV, 96). *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 11, 274-300.
- Haywood, H. C., & Lidz, C. S. (2006). *Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511607516
- Haywood, H. C., & Tzuriel, D. (1992). *Interactive assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Holmes, J. (2017). Attachment Theory. In B. S. Turner (Ed.), *The Wiley - Blackwell Encyclopedia of Social Theory*. doi: 10.1002/9781118430873.est0235

- Hornor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal Of Pediatric Health Care*, 33(5), 612-622. doi: 10.1016/j.pedhc.2019.04.017
- Hughes, M. (1975). Egocentrism in Preschool Children (Nepublikovaná disertační práce). Edinburgh: University of Edinburgh. In K Thorová, *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Hughes, M. M., Blom, M., Rohner, R., & Britner, P. (2005). Bridging Parental Acceptance-Rejection Theory and Attachment Theory in the Preschool Strange Situation. *Ethos*, 33(3), 378-401. Retrieved March 18, 2020, from www.jstor.org/stable/4497900
- IJzendoorn, M. H., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). Attachment, Intelligence, and Language: A Meta-analysis+. *Social Development*, 4(2), 115-128. doi: 10.1111/j.1467-9507.1995.tb00055.x
- Jackowski, A. P., Douglas-Palumberi, H., Jackowski, M., Win, L., Schultz, R. T., Staib, L., ..., & Kaufman, J. (2008). Corpus callosum in maltreated children with posttraumatic stress disorder: A diffusion tensor imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 162(3), 256-261. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.006
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501. doi: 10.1111/jan.12329
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive Attachment Disorder following Early Maltreatment: Systemic Evidence beyond the Institution. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 571-581. doi: 10.1007/s10802-012-9705-9
- Kesselring, T., & Müller, U. (2011). The concept of egocentrism in the context of Piaget's theory. *New Ideas In Psychology*, 29(3), 327-345. doi: 10.1016/j.newideapsych.2010.03.008
- Krejčová, L. (2019). *Dyslexie: psychologické souvislosti*. Praha: Grada.
- Kuhl, P. K. (2007). Is speech learning 'gated' by the social brain? *Developmental Science*, 10(1), 110-120. doi: 10.1111/j.1467-7687.2007.00572.x
- Kuhl, P. (2011). *Ted Talk: The Linguistic Genius of Babies*. Retrieved April 20, 2020, from: https://www.ted.com/talks/patricia_kuhl_the_linguistic_genius_of_babies
- Kulisek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, 44, 5, 404-423.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Lebeer, J., Birta-Székely, N., Demeter, K., Bohács, K., Candeias, A. A., Sønnesyn, G., ..., & Dawson, L. (2011). Re-assessing the current assessment practice of children with special education needs in Europe. *School Psychology International*, 33(1), 69-92. doi: 10.1177/0143034311409975

- Lebeer, J., Partanen, P., Candeias, A., Grácio, M. L., Bohacs, K., Sonnesyn, G., ... & Dawson, L. (2013). The Need for a more Dynamic and Ecological Assessment of Children Experiencing Barriers to Learning to move towards Inclusive ducation: a Summary of Results of the Daffodil Project. *Transylvanian Journal of Psychology, pecial Issue*, 175-205.
- Lenneberg, E. (1967). *Biological Foundations of Language*. New York: John Wiley & Sons.
- Levy, C. (1999). *The discriminant validity of the Application of Cognitive Functions Scale (ACFS): A performance comparison between typically developing and special needs preschool children* (Nepublikovaná diplomová práce). New York: Touro College.
- Lidz, C. S. (1991). *Practitioner's guide to dynamic assessment*. New York: The Guildford Press.
- Lidz, C.S. (2000). The Application of Cognitive Functions Scale (ACFS): An example of curriculum-based dynamic assessment. In C. S. Lidz & J. G. Elliott (Eds.), *Dynamic assessment: Prevailing models and applications* (pp.407-439). Amsterdam: Elsevier
- Lidz, C. S. (2003). *Early childhood assessment*. New York: John Wiley.
- Lidz, C. S. (2014). *Dynamické testování kognitivních funkcí u dětí: ACFS-cz*. Otrokovice: Propsyco.
- Lidz, C. S., & Elliot, J. G. (2000). *Dynamic Assessment: Prevailing Models and Applications*. Amsterdam: Elsevier.
- Lidz, C. S., & Gindis, B. (2012). Dynamic Assessment of the Evolving Cognitive Functions in Children. In A. Kozulin, B. Gindis, V. S. Ageyev, & S. M. Miller (Eds.), *Vygotsky's Educational Theory in Cultural Context* (pp. 99-116). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511840975.007
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 135-145. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013
- Loman, M. M., Wiik, K. L., Frenn, K. A., Pollak, S. D., & Gunnar, M. R. (2009). Postinstitutionalized Children's Development: Growth, Cognitive, and Language Outcomes. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(5), 426-434. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181b1fd08
- Lorenz, K. Z. (1937). The companion in the bird's world. *The Auk*, 54(3), 245–273. doi: 10.2307/4078077
- Luby, J. L. (2006). *Handbook of preschool mental health: development, disorders, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Luby, J. L., Belden, A., Harms, M. P., Tillman, R., & Barch, D. M. (2016). Preschool is a sensitive period for the influence of maternal support on the trajectory of hippocampal development. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, 113(20), 5742-5747. doi: 10.1073/pnas.1601443113

- Luria, A. R. (1973a). The frontal lobes and the regulation of behavior. In K. H. Pribram & A. R. Luria, *Psychophysiology of the frontal lobes*. Cambridge: Academic Press.
- Luria, A. R. (1973b). *The working brain: An introduction to neuropsychology*. New York: Basic Books.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized Infant Attachment Classification and Maternal Psychosocial Problems as Predictors of Hostile-Aggressive Behavior in the Preschool Classroom. *Child Development*, 64(2). doi: 10.2307/1131270
- Lyons-Ruth, K., Pechtel, P., Yoon, S. A., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2016). Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood. *Behavioural Brain Research*, 308, 83-93. doi: 10.1016/j.bbr.2016.03.050
- Lyons-Ruth, K., Zeanah, Ch., & Gleason, M. M. (2015). Commentary: Should we move away from an attachment framework for understanding disinhibited social engagement disorder (DSED)? A commentary on Zeanah and Gleason. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56, 223-7. doi: 10.1111/jcpp.12373
- Main, M., Hesse, E., & Hesse, S. (2011). Attachment theory and research: overview with suggested applications to child custody [Online]. *Family Court Review*, 49(3), 426-463. doi: 10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Malowitzky, M. (2001). *Investigation of the Effectiveness of the Mediation Portion of Two Subtests of the Application of Clilognitive Functions Scale, a Dynamic Assessment Procedure for Young Children* (Disertační práce). New York: Touro College.
- Marcia, M. H., Marjolijn, B., Rohner, R., & Britner, P. (2005). Bridging Parental Acceptance-Rejection Theory and Attachment Theory in the Preschool Strange Situation. *Ethos*, 33(3), 378-401. Retrieved April 7, 2020, from www.jstor.org/stable/4497900
- McGrew, K. S. (2005). The Cattell-Horn-Carroll (CHC) theory of cognitive abilities: Past, present, and future. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 136–202). New York: Guilford Press.
- McGrew, K. S., & Wendling, B. (2010). CHC cognitive-achievement relations: What we have learned from the past 20 years of research. *Psychology in the Schools*, 47(7), 651–675.
- Mather, N., & Wendling, B. J. (2014). *Examiner's Manual. Woodcock-Johnson IV Tests of Cognitive Abilities*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., Breaux, R. P., & Baweja, R. (2017). Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Callous-unemotional traits and comorbid disorders. *Research In Developmental Disabilities*, 63, 28-37. doi: 10.1016/j.ridd.2017.02.012

- McGrew, K. S., LaForte, E. M., & Schrank, F. A. (2014). *Technical Manual. Woodcock-Johnson IV*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Mehta, M. A, Gore-Langton, E., Golembo, N., Colvert, E., Williams, S. C. R., & Sonuga-Barke, E. (2010). Hyporesponsive Reward Anticipation in the Basal Ganglia following Severe Institutional Deprivation Early in Life. *Journal Of Cognitive Neuroscience*, 22(10), 2316-2325. doi: 10.1162/jocn.2009.21394
- Miellet, S., Caldara, R., Gillberg, C., Raju, M., & Minnis, H. (2014). Disinhibited reactive attachment disorder symptoms impair social judgements from faces. *Psychiatry Research*, 215(3), 747-752. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.004
- Mizuno, K., Takiguchi, S., Yamazaki, M., Asano, M., Kato, A., Kuriyama, K., ..., & Tomoda, A. (2015). Impaired neural reward processing in children and adolescents with reactive attachment disorder: A pilot study. *Asian Journal Of Psychiatry*, 17, 89-93. doi: 10.1016/j.ajp.2015.08.002
- Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940. doi: 10.1126/science.1143921
- Ogilvie, A. M. (1999). *The Assessment of Children with Attachment Disorder: The Randolph Attachment Disorder Questionnaire, the Behavioral and Emotional Rating Scale, and the Biopsychosocial Attachment Types Framework*. (Disertační práce). Portland: Portland State University. doi: 10.15760/etd.6023
- Park, K. A., & Waters, E. (1989). Security of Attachment and Preschool Friendships. *Child Development*, 60(5). doi: 10.2307/1130781
- Peña, M., Pittaluga, E., & Mehler, J. (2010). Language acquisition in premature and full-term infants. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, 107(8), 3823-3828. doi: 10.1073/pnas.0914326107
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal Of Loss And Trauma*, 14(4), 240-255. doi: 10.1080/15325020903004350
- Perry, B. D., & Pollard, D. (1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. *Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting*. New Orleans.
- Pervanidou, P. & Chrousos, G. P. (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: from Sigmund Freud's 'Trauma' to Psychopathology and the (Dys)metabolic Syndrome. *Hormone and Metabolic Research* 39(6), 413– 419. doi:10.1055/s-2007-981461.
- Piaget, J. (1966). *Psychologie intelligence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Piaget, J. (1970). *Genetic Epistemology*. New York: Columiba University Press.
- Piaget, J. (1970/1973). *Main Trends in Psychology*. London: George Allen & Unwin.

- Piaget, J. (2007). *The child's conception of the world*. Rowman & Littlefield.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2007). *Psychologie dítěte* (5th ed.). Praha: Portál.
- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., & Minnis, H. (2013). Reactive Attachment Disorder in the General Population: A Hidden ESSENCE Disorder. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-6. doi: 10.1155/2013/818157
- Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health Psychology*, 32(4), 409-417. doi: 10.1037/a0028889
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). New Directions and Emerging Issues in Adult Attachment. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J., & Castle, J. (2010). Investigating the impact of early institutional deprivation on development: Background and research strategy of the english and romanian adoptees (ERA) study. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 75(1), 1-20. doi: 10.1111/j.1540-5834.2010.00548.x
- Rotenberg, K. J., Macdonald, K. J., & King, E. V. (2004). The Relationship Between Loneliness and Interpersonal Trust During Middle Childhood. *The Journal Of Genetic Psychology*, 165(3), 233-249. doi: 10.3200/GNTP.165.3.233-249
- Sakai, A. (2010). Children's sense of trust in significant others: Genetic versus environmental contributions and buffer to life stressors. In K. Rotenberg (Ed), *Interpersonal Trust during Childhood and Adolescence* (pp. 58-84). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511750946.004
- Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The Development of Social Attachments in Infancy. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 29(3). doi: 10.2307/1165727
- Schore, A. N. (2014). Early interpersonal neurobiological assessment of attachment and autistic spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, 5. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01049
- Schore, A. N. (2016). The development of the right brain across the life span: What's love got to do with it. *Congress Attachment and Trauma: Relationships and Compassion* (pp. 83-52). Rome: Instituto di Scienze Cognitive
- Schrank, F. A., McGrew, K. S., & Mather, N. (2014). *Woodcock-Johnson IV Tests of Cognitive Abilities*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 188, 19-25.
- Shurin, R. (1999). *Concurrent and Discriminant Validity of a Dynamic Assessment Procedure with Special Needs and Typical Preschool Children*. New York: Touro College.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982. doi: 10.1097/00004583-200208000-00016

Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 48(2), 210-218. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x

Sternberg, R. J. (2009). *Kognitivní psychologie* (2nd ed.). Praha: Portál.

Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2002). *Dynamic testing: the nature and measure of learning potentialment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stinehart, M. A., Scott, D. A., & Barfield, H. G. (2012). Reactive Attachment Disorder in Adopted and Foster Care Children: Implications for Mental Health Professionals. *The Family Journal*, 20(4), 355-360. doi: 10.1177/1066480712451229

Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte* (2nd ed.). Praha: Karolinum.

Teyschl, O. (1973). *Duševní vývoj a výchova dítěte*. Praha: Orbis.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

Tzuriel, D. (2000). Dynamic Assessment of Young Children: Educational and Intervention Perspectives. *Educational Psychology Review*, 12(4), 385-435. doi: 10.1023/A:1009032414088

Tzuriel, D. (2001). *Dynamic Assessment of Young Children*. US: Springer. doi: 10.1007/978-1-4615-1255-4

Tzuriel, D. (2013). Mediated Learning Experience and Cognitive Modifiability. *Journal Of Cognitive Education And Psychology*, 12(1), 59-80. doi: 10.1891/1945-8959.12.1.59

Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál.

ÚZIS, ČR (2018). *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020*. (2020). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Valenta, M., Krejčová, L., & Hlebová, B. (2020). *Znevýhodněný žák: deficit dílčích funkcí a oslabení kognitivního výkonu*. Praha: Grada.

Van Der Aalsvoort, G. M., & Lidz, C. S. (2007). A Cross-Cultural Validation Study of the Application of Cognitive Functions Scale. *Journal Of Applied School Psychology*, 24(1), 91-108. doi: 10.1300/J370v24n01_05

- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Veríssimo, M., Santos, A., J., Fernandes, C., Shin, N., & Vaughn, B., E. (2014). Associations Between Attachment Security and Social Competence in Preschool Children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 60(1). doi: 10.13110/merrpalmquar1982.60.1.0080
- Verney, T., & Kelly, J. (1981). *The secret life of the unborn child*. New York: Summit Books.
- Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan.
- Vygotskij, L. S. (1976). *Myšlení a řeč*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Vygotskij, L. S., Cole, M., Jolm-Steiner, V., Scribner, S., & Souberman, E. (Eds.). (1980). *Mind in Society*. Cambridge: Harvard University Press. doi: 10.2307/j.ctvjf9vz4
- Vygotskij, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál.
- West, K. K., Mathews, B. L., & Kerns, K. A. (2013). Mother–child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanisms. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(2), 259-270. doi: 10.1016/j.ecresq.2012.07.005
- Woodcock, R. W., & Johnson, M. B. (1977). *Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Woodcock, R. W., & Johnson, M. B. (1989). *Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery- Revised*. Rolling Meadows, IL: Rivereside.
- Woodcock, R. W., McGrew, K.S., & Mather, N. (2001/2007). *Woodcock-Johnson III*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- World Health Organisation (2019). *ICD-11. International Classification of Diseases for Mortaity and Morbidity Statistics Eleventh Revision*. Version 04/2019.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada.
- World Health Organisation. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for Comment*. Genewva: WHO.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E. (2014). *Schema Therapy Inventories & Related Materials*. New York: Schema Therapy Institute.

Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., ..., & Stock, S. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990-1003. doi: 10.1016/j.jaac.2016.08.004

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 56(3), 207-222. doi: 10.1111/jcpp.12347

Seznam obrázků

<i>Obrázek 1. Typy attachmentu podle Ainsworth a kolegů (1978), Main a Solomon (1990) a Colin (1996).</i>	21
<i>Obrázek 2. Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení podle Crittenden a Baim (2017, p. 387).</i>	22
<i>Obrázek 3. Dynamický maturační model attachmentu a přizpůsobení v předškolním věku podle Crittenden (2001 in Spieker & McKinsey Crittenden, 2010, p. 100).</i>	23
<i>Obrázek 4. Model nepříznivých zkušeností v dětství podle Kalmakis a Chandler (2014, p. 1495).</i>	26
<i>Obrázek 5. Tradiční model S-O-R a model zprostředkovaného učení S-H-O-H-R podle Feuerstein, Falik a Feuerstein (2015, p. 9).</i>	49
<i>Obrázek 6. Detailní věkové rozložení výzkumného vzorku.</i>	82
<i>Obrázek 7. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti kategorizace.</i>	86
<i>Obrázek 8. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.</i>	87
<i>Obrázek 9. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.</i>	88
<i>Obrázek 10. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.</i>	89
<i>Obrázek 11. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.</i>	90
<i>Obrázek 12. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.</i>	91
<i>Obrázek 13. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.</i>	92
<i>Obrázek 14. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.</i>	93
<i>Obrázek 15. Grafické znázornění charakteristik T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.</i>	95

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1. Porovnání statického a dynamického přístupu podle Lidz a Gindis (2012).....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 2. Využití paralelní škály a testy z metod ACFS-cz a Woodcock-Johnson IV COG.</i>	<i>76</i>
<i>Tabulka 3. Intervaly spolehlivosti v rozpětí ± 1 standardních chyb měření pro vybrané hodnoty reliability a velikosti výběru podle McGrew a kolegů (2014, p.29).....</i>	<i>77</i>
<i>Tabulka 4. Koeficienty mediánové reliability (Mather & Wendling, 2014).....</i>	<i>77</i>
<i>Tabulka 5. Dívky a chlapci ve výběrovém souboru.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabulka 6. Věk dívek a chlapců ve výběrovém souboru.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabulka 7. Rozložení získaných T skóre v subtestech ACFS-cz v pretestu (N=16).....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka 8. Rozložení získaných T skóre v subtestech ACFS-cz v posttestu (N=16).....</i>	<i>83</i>
<i>Tabulka 9. Zlepšení výsledků v posttestu v subtestech ACFS-cz uvedené v procentech (%).....</i>	<i>83</i>
<i>Tabulka 10. Rozložení získaných T skóre v testech WJ IV (N=16).....</i>	<i>84</i>
<i>Tabulka 11. Rozložení získaných průměrných T skóre v testech ACFS-cz a WJ IV (N=16).....</i>	<i>84</i>
<i>Tabulka 12. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti kategorizace.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabulka 13. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabulka 14. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.....</i>	<i>87</i>
<i>Tabulka 15. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (pretest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabulka 16. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabulka 17. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé auditivní paměti.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabulka 18. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti krátkodobé vizuální paměti.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabulka 19. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti vnímání vizuálních sekvencí.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabulka 20. Deskriptivní charakteristiky T skóre získaných z metod ACFS-cz (posttest) a WJ IV v oblasti kategorizace.....</i>	<i>95</i>

Seznam příloh

Příloha 1. Informovaný souhlas.....	I
Příloha 2. Histogramy popisující distribuci T skóre získaných v subtestech metody ACFS-cz v pretestu.....	II
Příloha 3. Histogramy popisující distribuci T skóre získaných v subtestech metody ACFS-cz v posttestu.....	III
Příloha 4. Grafy ukazující rozdíly mezi distribucí T skóre získaných v pretestu a posttestu v jednotlivých subtestech ACFS-cz.....	IV
Příloha 5. Grafy uvádějící distribuci T skóre v jednotlivých testech metody WJ IV.....	V
Příloha 6. Vzor závěrečné zprávy z psychodiagnostického vyšetření.....	VI

Příloha 1.

Informovaný souhlas zákonných zástupců dětí, které se zúčastní výzkumu v rámci diplomové práce „Využití dynamické a statické diagnostiky u dětí s poruchou attachmentu“

Výzkumná část diplomové práce si klade za cíl porovnat využitelnost výstupů komplexních výsledků statické a dynamické diagnostiky u dětí s poruchou attachmentu v předškolním věku. Využity budou subtesty ze dvou testových baterií (ACFS, Woodcock-Johnson IV.) mapující kognitivní funkce.

Výzkum bude probíhat od února 2020 do května 2020.

Souhlasím s tím, že účast dítěte, které zastupuji, je ve výzkumu zcela dobrovolná a veškeré údaje, které jsou v rámci výzkumu zaznamenány, budou analyzovány pouze za účelem tohoto výzkumu. Data budou přístupná pouze pro diplomantku Bc. Andreu Slabou, popřípadě pro vedoucí práce Doc. PhDr. Lenku Morávkovou Krejčovou, Ph.D. V žádném případě nebudou údaje předány třetí osobě. V diplomové práci budou všechna data uvedena anonymně.

Jsem si vědom, že z výzkumu může dítě, které zastupuji kdykoli vystoupit, a to slovním sdělením. Dále souhlasím s tím, že během výzkum budou dodrženy principy Listiny základních práv a svobod a mé osobní údaje budou zpracovány dle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Kontakt na osobu zodpovědnou za výzkum: andreaslaba96@gmail.com; 775 219 843

Tímto podpisem dobrovolně souhlasím s textem uvedeným výše.

Jméno dítěte:

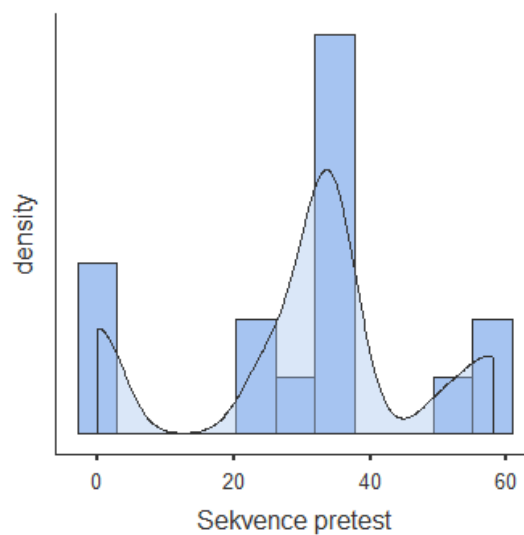
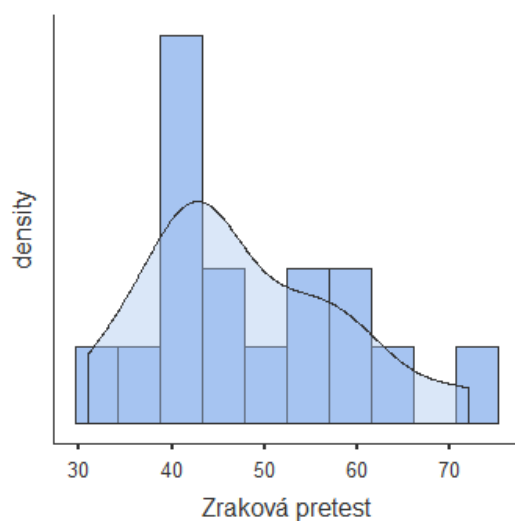
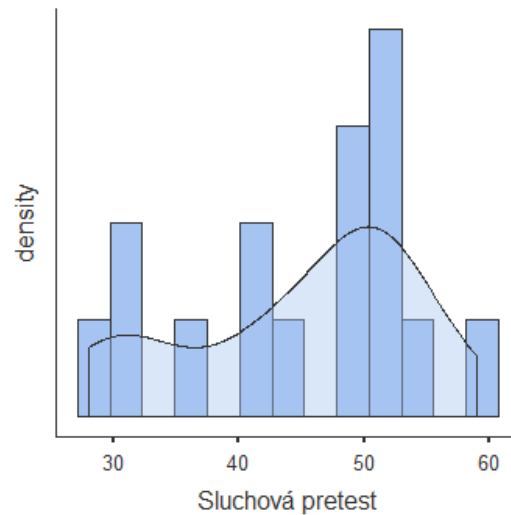
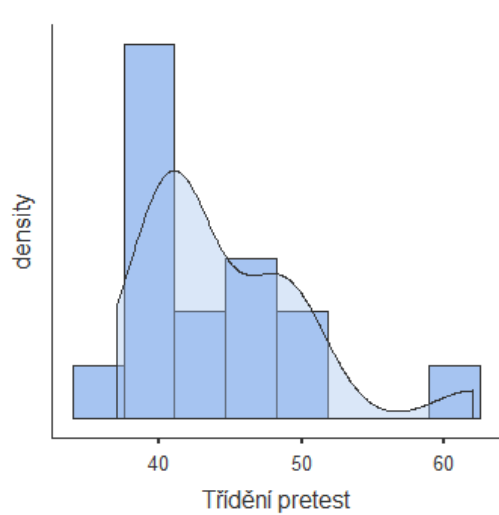
Kontakt na zákonného zástupce:

Datum

Podpis

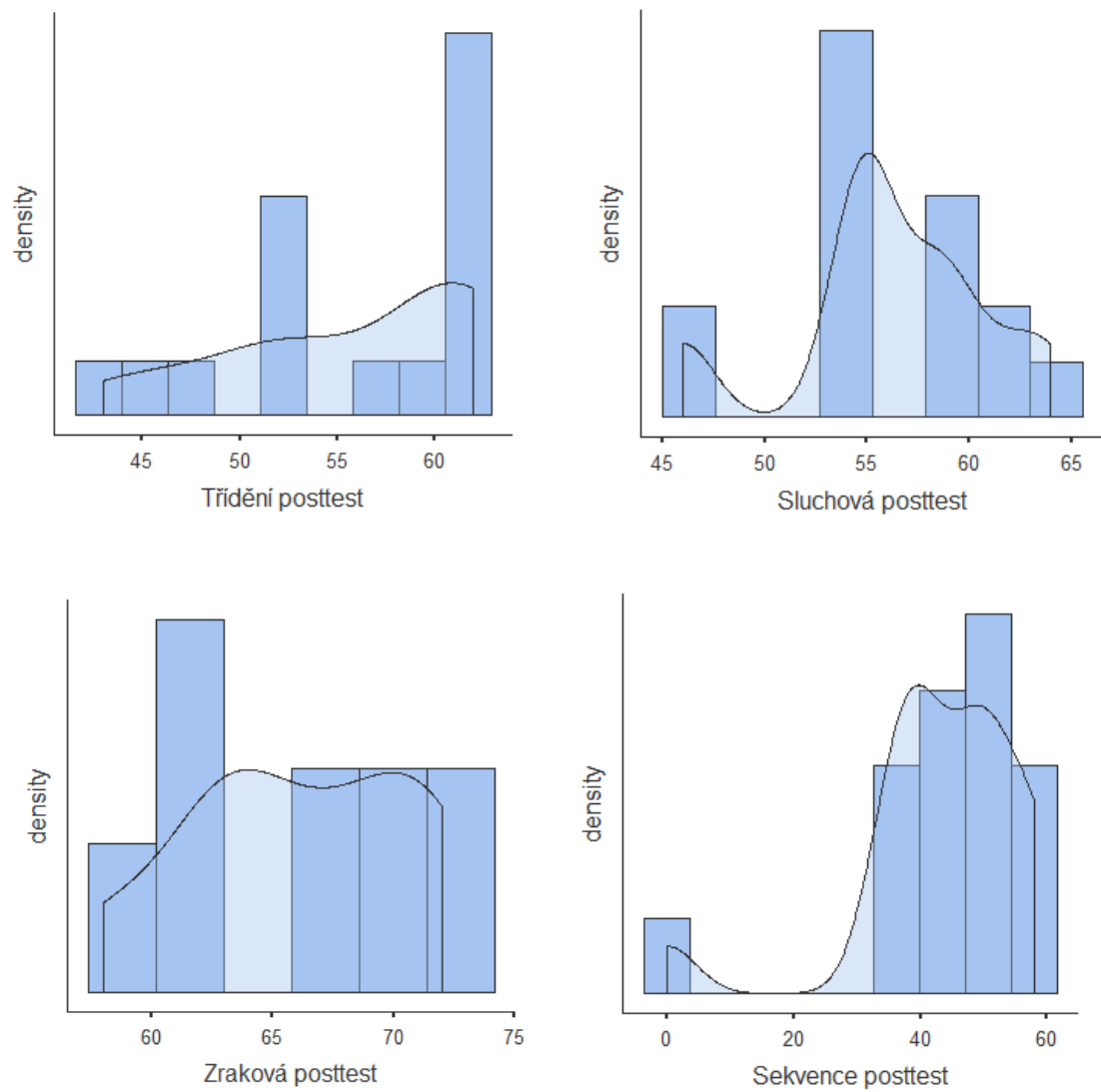
Příloha 2

Histogramy popisující distribuci T skóre získaných v subtestech metody ACFS-cz v pretestu.



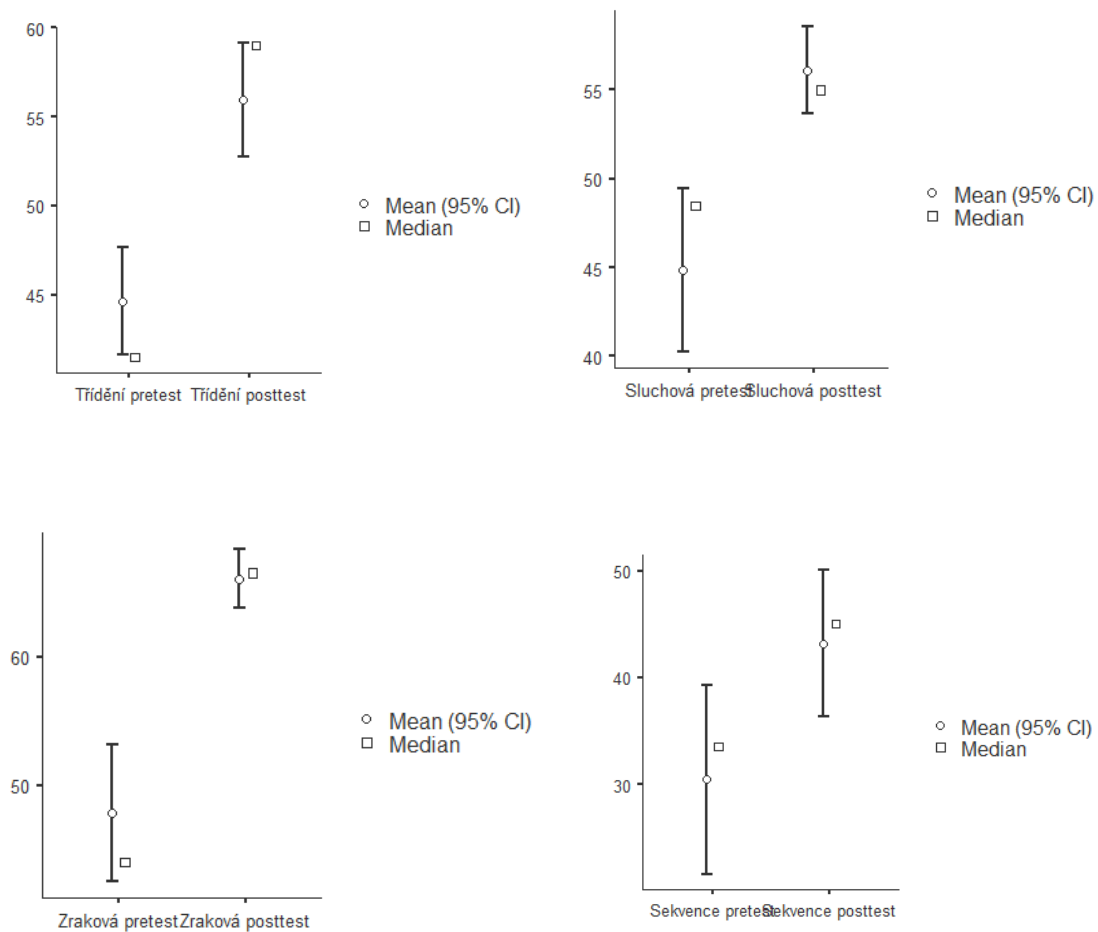
Příloha 3

Histogramy popisující distribuci T skóre získaných v subtestech metody ACFS-cz v posttestu.



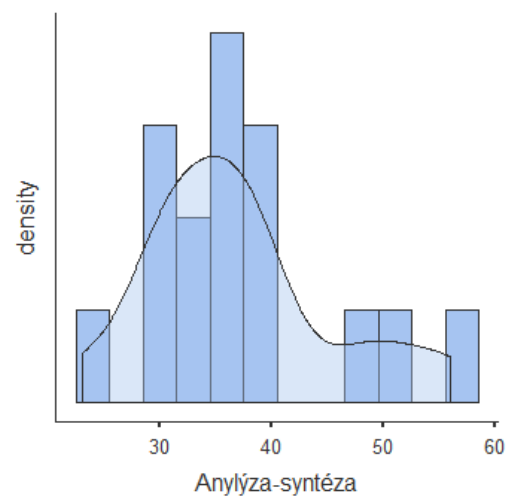
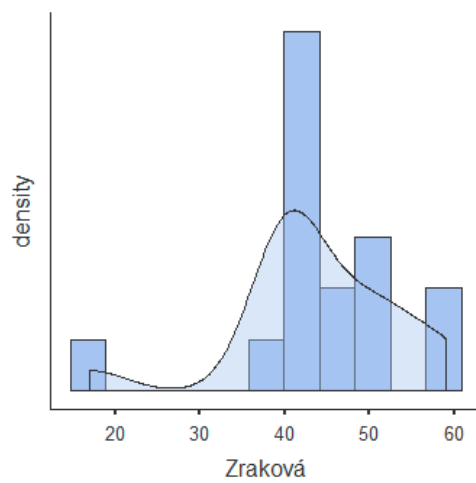
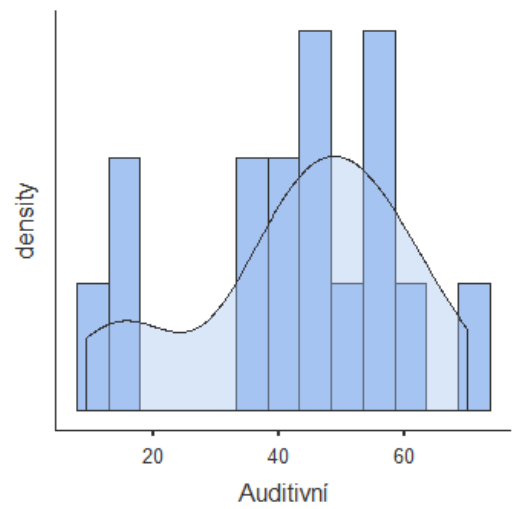
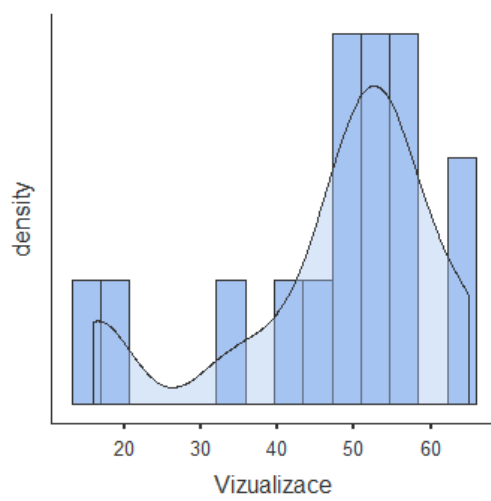
Příloha 4

Grafy ukazující rozdíly mezi distribucí T skóre získaných v pretestu a posttestu v jednotlivých subtestech ACFS-cz.



Příloha 5

Grafy uvádějící distribuci T skóre v jednotlivých testech metody WJ IV.



Příloha 6

Vzor zprávy z psychodiagnostického vyšetření.



Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra Psychologie

Zpráva z psychologického vyšetření v rámci výzkumu k DP

Osobní údaje:

X.X.

Pohlaví: chlapec

Datum narození: XX.XX.XXXX

Bydliště: DD Zvíkovské Podhradí

Datum vyšetření: 10. 2. 2020

Věk v době vyšetření: 5 let, 9 měsíců, 7 dní

Cíl vyšetření:

Cílem vyšetření bylo zjištění úrovně rozumových schopností, nebo-li dispozic k řešení různorodých problémů a úloh a navržení vhodných intervencí pro rozvoj chlapce v předškolní přípravě. Získání dat pro výzkum v rámci DP – srovnání dvou diagnostických baterií ACFS-cz, Woodcock-Johnson IV COG.

Metody vyšetření:

ACFS-cz; Woodcock – Johnson IV COG.; Rozhovor; Pozorování

Okolnosti vyšetření:

Vyšetření probíhalo v odpoledních hodinách, chlapec byl najedený a na vyšetření připravený. Testování probíhalo v jemu známém prostředí dětského domova, kde nyní žije. V průběhu vyšetření (1,5 hodiny) byla zařazena krátká pauza.

Informace z vyšetření:

Pozorování: X.X. byl po celou dobu vyšetření velmi aktivní, reagoval na veškeré pokyny dospělé osoby. Navazoval oční kontakt, odpovídal na kladené otázky. V polovině vyšetření

se objevily známky únavy a odvádění pozornosti k jiným podnětům. Pokud zadání úlohy zcela nepochopil, tipoval a nedoptával se na dodatečné vysvětlení úkolu. Velmi dobře fungovaly pochvaly, které X.X. motivovaly v práci pokračovat, i když nebyly úkoly jednoduché. Několikrát se ptal a ujišťoval, zda je šikovný.

Rozhovor: Ve školce je chlapec spokojený, vyjmenoval pět kamarádů, které tam má. Do školky se těší. Odpovídal na otázky, co měli k obědu, ke svačině. Na otázku, zda se těší do školy, nevěděl odpověd'.

Woodcock – Johnson IV.: Vybrané subtesty korespondující s metodou ACFS. **Zraková paměť** byla na úrovni 3;11 let. X.X. odpovídal velmi rychle, navazoval oční kontakt pro ujištění o správnosti odpovědi. Při následném rozhovoru potvrdil, že v některých případech tipoval odpověd'. **Schopnost vizualizace**, která zjišťuje prostorové uvažování, byla na velmi dobré úrovni. Rotace s objekty i prostorové vztahy celkově odpovídaly úrovni 8 let. Chlapec dokázal pojmenovat všechny tvary a objekty. **Sluchová paměť** testovaná formou zapamatování si sekvence slov (čísel a zvířat) je na dobré úrovni vzhledem k věku chlapce. Dle norem chlapec dosáhl věkové úrovně 6,4 let. V delších výčtech informací si zapamatoval pouze zajímavé komponenty, které upoutaly jeho pozornost, a zbytek už neposlouchal. U jednodušších slovních řad, adekvátních jeho věku, si zapamatoval sekvence, avšak problematická byla orientace v číslech. **Analýza a syntéza** byla administrována jako poslední subtest této metody a byla zde přítomna únava chlapce. V této části testování se zjišťuje, jak jedinec logicky uvažuje, a jak dokáže rozkládat a skládat určité prvky, nebo-li jak je schopný z celku vyvozovat jednotlivé principy a naopak hledat zobecňující pravidla. Uvedené schopnosti se zjišťují na podnětovém materiálu pomocí obrazců a barev. X.X. rozpoznal všechny barvy, avšak ani po čteném dovysvětlení principu úkolu nepochopil zadání a nezískal ani jeden bod. Dle norem se Vizualizace pohybuje v nadprůměru pro danou věkovou kategorii, Zraková a sluchová paměť v průměru a Analýza a syntéza v pásmu podprůměru. Kognitivní profil je velmi nevyvážený, avšak výsledek vyplývá pouze ze čtyř subtestů.

ACFS: Tento diagnostický nástroj využívá principy tzv. dynamické diagnostiky. Jeho cílem je zjistit, jaký je potenciál dítěte a co se dokáže naučit v interakci s vychovatelem a učitelem. Jestliže se dítěti nepodaří úkol vyřešit hned po prvním zadání, následuje fáze učení, kdy si společně s dospělou osobou osvojuje důležité pojmy a postupy práce. Následně zkouší úkol opětovně plnit a přitom sledujeme, k jakému došlo pokroku v jeho schopnostech a

dovednostech. Důležitý je nejen pokrok dítěte, ale také uvědomění si, jaké postupy musí dospělý zaujmout a v čem potřebuje dítě pomoci, aby k pokroku docházelo. Metoda ACFS se primárně zaměřuje na oblasti, jejichž kvalitní úroveň rozvoje je pokládána za klíčovou pro další učení dětí ve škole, zejména pak pro zvládnutí nácviku čtení, psaní a počítání na počátku školní docházky.

X.X. zvládl všechny zadané úkoly, dokázal pracovat samostatně, avšak lepšího výsledku vždy dosáhl po společném učení, při kterém jsme používali odlišný materiál a trénovali obecnější principy práce vhodné pro řešení příslušné úlohy.. V průběhu učení stačily návodné otázky, na které si X.X. dokázal sám odpovědět a následně úlohu správně vyřešit. Po intervenci u subtestu **Třídění** předmětů do skupin X.X. dosáhl velmi vysokého percentilu (86) pro svou věkovou kategorii. Uměl pojmenovat všechny tvary, barvy, rozuměl pojmu skupina, uměl pojmenovat nadřazená slova pro skupinu. Problematické bylo třídění dle velikosti, při kterém X.X. nedokázal roztrždit všechny materiál, protože současně třídil i dle tvaru. Za dopomoci otázek nakonec i toto třídění zvládl.

Jako vynikající se jevila zraková paměť a po intervenci i sluchová paměť. **Zraková paměť** (98 percentil): X.X. potřeboval podporu s možným tříděním obrázků pro snazší zapamatování. Po společném učení si sám jednotlivé předměty roztrždil do kategorií, počítal, kolik obrázků je na stole a opakoval si názvy nahlas. Následně si dokázal vybavit všechny zapamatované podněty. **Sluchová paměť** (78 percentil): Zlepšila se po intervenci, kdy byl X.X. pobízen, aby si jednotlivé části příběhu vizualizoval, tedy představoval si příběh v obrazech. Při práci mu tedy opět pomáhala jeho výborná zraková paměť. Po nějakém čase, během kterého pracoval X.X. na jiných úkolech, byl požádán, aby znovu příběh reprodukoval. Toto vybavení z paměti bylo nejpřesnější ze všech pokusů – dokázal si vzpomenout na nejvíce detailů v příběhu. X.X. popisoval, že si opět představoval příběh vizuálně, a tak si dokázal lépe vzpomenout. Výsledky se dle norem pro chlapcovu věkovou kategorii pohybují v pretestu v pásmu průměru, v posttestu až v pásmu nadprůměru.

Doplňování sekvenčních vzorců (8 percentil) bylo pro X.X. nejnáročnější. Při intervenci dokázal správně určit, který zvuk/obraz/slovo následuje v sekvenční řadě, avšak na podnětovém materiálu pro testování nedokázal vysvětlit, proč určil právě ten objekt, který určil. X.X. často tipoval a neuměl volbu odůvodnit. V posledním subtestu chlapce mohla ovlivnit únava a odvádění pozornosti k jiným objektům.

Závěr: Celé testování proběhlo bez komplikací. V průběhu vyšetření byl X.X. aktivní, plnil všechny úkoly, reagoval na dotazy a pokyny vyšetřujícího. Pozornost v průběhu vyšetření kolísala, značná únava byla pozorovatelná ke konci vyšetření. Po 45 minutách vyšetření byla krátká pauza, po které následovaly úplně jiné typy úkolů a pozornost se zlepšila. V obou testech se projevila velmi dobrá zraková paměť, která je využívána i pro zapamatování slyšeného. Pro chlapce byla náročná analýza a syntéza a určení následných sekvencí. Kresba byla hodnocena mimo testy kognitivních funkcí jako doplněk pro testování školní zralosti.

Doporučení k dalšímu rozvoji: Doporučuji podporovat a rozvíjet řeč (problematické „r“), navštívit logopeda, aby se předešlo výukovým obtížím ve škole. X.X. často navazoval oční kontakt pro ujištění, zda odpovídá správně. Doporučuji posilovat důvěru chlapce v sebe samého, aby si byl odpovědí jistý a netipoval. Ujišťovat ho, že pokud odpoví špatně, nic se neděje a společně najdete správné řešení. Při testování měl radost, když jsem řekla, že se teď něco společně naučíme, aby znal odpověď a zvládl to sám. Rád pracoval společnými silami a osvědčilo se mi o procesu hovořit a ptát se tak, aby si řešení našel sám. V této souvislosti výsledky metody ACFS jednoznačně svědčí pro potenciál chlapce, který je aktuálně nerozvinutý, potřebuje vhodné podněty a systematickou podporu. Vnímala jsem strach z chyby, toto chování by ve škole mohlo působit kontraproduktivně. Velmi fungovaly pochvaly, chlapec získával jistotu a následně o sobě mluvil, že byl šikovný.

Analýza a syntéza, které byly na velmi nízké úrovni, by se daly trénovat přes vizuální funkce, které jsou X.X. silnou stránkou. Př.: rozkládání a skládání stavebnice, míchání barev, puzzle. Analýza a syntéza jsou velmi důležité pro školní připravenost – např. kdy dítě dokáže rozkládat slova na jednotlivá písmena, a naopak je skládat ve slova při výuce čtení a psaní. Tento princip se uplatňuje i u čísel v matematice. Je dobré tyto teoretické informace připodobňovat k něčemu, co zná, tj. např. stavebnice, oblíbená hra s pravidly. Stejně tak sekvence jsou důležité pro pochopení různých pravidel opakování nebo střídání. Sekvence se dají trénovat na každodenních činnostech, jak se střídají, pokud jsou pravidelně, nebo střídání dětí na domově v domácích pracích, dále ve hře: člověče nezlob se, hra venku na hřišti. Dále doporučuji rozvoj grafomotorických dovedností. Trénovat kresbu a držení tužky, aby se ruka lépe uvolnila a připravila na psaní (např. Šimonovy pracovní listy).

Dne 12.2.2020 vypracovala Bc. Andrea Slabá